

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN ENFERMERÍA



EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO PENITENCIARIO: UNA REVISIÓN NARRATIVA

**THE ROLE OF NURSING IN THE DETECTION AND
PREVENTION OF PRISON SUICIDE: A NARRATIVE REVIEW**

TRABAJO FIN DE GRADO

PRESENTADO POR:

Laura García Fontanet

BAJO LA SUPERVISIÓN DE:

Florentino Blanco Trejo

Madrid, 2020



ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
FUNDAMENTACIÓN	7
Aspectos conceptuales	7
Datos epidemiológicos sobre el suicidio	8
Consecuencias del acto suicida en la población	9
Aspectos legales generales	10
Reforma legal del sistema sanitario penitenciario español	10
Funciones de los profesionales de enfermería penitenciaria	12
Situación actual en los establecimientos penitenciarios	13
Datos estadísticos del suicidio en prisión	14
Responsabilidad administrativa del suicidio en prisión	15
Responsabilidad de los profesionales de enfermería	16
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVOS	19
METODOLOGÍA	20
REVISIÓN NARRATIVA EN LAS BASES DE DATOS	20
Creación de la estrategia de búsqueda	20
Estrategia de búsqueda	21
Criterios de selección de documentos	21
Metodología de selección de artículos	22
BÚSQUEDA DE PROGRAMAS O PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN	23
RESULTADOS	24
RESULTADOS DE LA REVISIÓN NARRATIVA	24
Análisis descriptivo	24
Factores de riesgo de la conducta suicida	27

Factores más representativos de la conducta suicida	38
PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN CENTROS PENITENCIARIOS ESPAÑOLES	42
Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM)	42
Programa de Prevención de Suicidios (PPS)	43
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>46</u>
IMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA	46
LIMITACIONES	48
FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	49
<u>AGRADECIMIENTOS</u>	<u>50</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>51</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>56</u>
ANEXO I: Estrategia de búsqueda y resultados obtenidos	56
ANEXO II: Artículos seleccionados para la revisión	57
ANEXO III: Variables de riesgo suicida incluidas en el PPS	63

RESUMEN

Introducción: El suicidio en prisión es una prioridad de atención sanitaria en las cárceles debido a las tasas significativamente más altas que en la población general, tanto en los establecimientos españoles como en el resto del mundo. Es, por tanto, necesario revisar los factores de riesgo predictores de la conducta suicida en prisión, y estudiar los programas de detección y prevención vigentes y el papel de la enfermería en ellos.

Objetivos: Estudiar el papel de la enfermería en la detección y prevención del suicidio penitenciario en España, mediante la revisión de los factores de riesgo estudiados para la conducta suicida en prisión y el análisis de los programas de prevención actuales.

Metodología: Se realiza una revisión narrativa mediante una búsqueda bibliográfica en las bases de datos *PubMed*, *Scielo*, *Cinahl*, *Cuiden*, *Cochrane Plus* y se vacía la *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* (RESP). Se seleccionan 26 artículos publicados en los últimos diez años en inglés, español y francés. Además, se realiza una búsqueda y un análisis de los programas de prevención del suicidio penitenciario vigentes en España y el papel de la enfermería en cada uno de ellos.

Resultados: Entre los factores con mayor fuerza predictora individual cabe destacar los problemas de salud mental, las experiencias de trauma infantil, el historial de autolesiones o intentos suicidas y la ideación suicida previa. Se propone un modelo combinado a partir de los de factores de riesgo encontrados, compuesto por un gran número de vulnerabilidades importadas por el sujeto previamente y un gran número de vulnerabilidades propias del ambiente en prisión, añadidas a raíz del encarcelamiento. Por último, se comprueba que en el Programa de Prevención de Suicidios (PPS) implantado actualmente en las prisiones de España no existen funciones concretas asignadas a la enfermería.

Conclusiones: Conocer estos factores es imprescindible para la inclusión de la enfermería en el Programa de Prevención de Suicidios, reivindicando sus funciones de detección de factores de riesgo y prevención de la conducta suicida. Se añade una propuesta de inclusión de la enfermera en el programa, que subraya las labores de prevención y docencia fundamentales para la disminución de la problemática suicida en prisión.

Palabras clave: Suicidio, Prisioneros/Reclusos, Factores de Riesgo, Suicidio Penitenciario, Enfermería Penitenciaria.

ABSTRACT

Introduction: Suicide in prison is a priority of medical care in prisons due to significantly higher rates than in the general population, both in Spanish establishments and the rest of it in the world. This is the reason why it is necessary to carry out this work and to analyze the risk factors predicting suicidal behavior in prison, together with the analysis of the existing detection and prevention programs and the role of nursing in them.

Objectives: To study the role of nursing in the detection and prevention of prison suicide in Spain, by reviewing the risk factors studied for suicidal behaviour in prison and analysing current prevention programmes.

Methodology: A narrative review is carried out through a bibliographic search in the databases *Pubmed*, *Scielo*, *Cinalh*, *Cuiden*, *Cochrane Plus* and *The Spanish Journal of Penitentiary Health* (RESP) was revised. A total of 26 articles were finally selected in the last ten years and published in English, Spanish and French. In addition, a search is made for the prison suicide prevention programme in force in Spain and the role of nurses in each of them.

Results: Among the most powerful individual predictors are mental health problems, experiences of childhood trauma, a previous background of self-harm, suicide attempts and previous suicidal ideation. The results found show a combined model of risk factors, composed of a large number of vulnerabilities previously imported from the subject, and also, a large number of vulnerabilities that arise in the prison environment, as a result of imprisonment. Finally, in the Suicide Prevention Programme (PPS) currently implemented in Spanish's prisons, there are no specific functions delegated to nurses.

Conclusions: To know these factors is essential for the inclusion of nursing in the Suicide Prevention Programme, claiming its functions of detection of risk factors and prevention of suicidal behavior. A proposal for inclusion in the programme is added, where prevention and teaching activities contribute to the reduction of suicide problems in prison.

Key words: Suicide, Prisoners/Inmates, Risk factors, Prison Suicide, Prison Nursing.

El presente trabajo persigue analizar el papel de la enfermería en la detección y prevención de la gran problemática suicida en prisión, aportando un nuevo enfoque de estrategias de prevención e intervenciones autónomas de nuestra profesión tras el estudio de los programas vigentes en los establecimientos penitenciarios de España.

Para ello, se han propuesto una serie de objetivos específicos que ayudarán a la comprensión de la problemática y que justificarán la necesidad de incorporar una perspectiva enfermera. Se llevará a cabo una revisión narrativa de los factores de riesgo de la conducta suicida entre los reclusos y se indicarán los factores con más poder predictor individual según la literatura revisada. Se examinarán, además, los programas desarrollados en torno a la problemática en las prisiones españolas, el papel asignado a la enfermería en ellos y las funciones reales desempeñadas por el personal enfermero.

Con el análisis de esta información, se pretende reivindicar la importancia del enfoque enfermero en la problemática suicida en prisión y explorar posibles líneas de inclusión para desarrollar funciones propias de enfermería que detecten, prevengan y atiendan las posibles conductas suicidas entre los reclusos.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN

1.1.1 Aspectos conceptuales del suicidio

La palabra “suicidio” proviene de la asociación de los vocablos *sui* (de sí mismo) y *cidium* (matar). Por tanto, el término tendría una traducción similar a “acción de matarse a sí mismo”.¹ De esta manera, a partir del siglo XVII se han dado diversas definiciones del suicidio con diferentes implicaciones (biológicas, sociales, morales). Parece que el estudio de la conducta suicida se complica al no poderse definir el término “suicidio” de forma unánime. En el informe publicado por la OMS sobre la prevención del suicidio en el año 2014, se intentan unificar las diversas definiciones llegando a un acuerdo de definición para el término: “Acto de matarse deliberadamente”.²

En cualquier caso, el término “suicidio” no resulta unisémico. Existen numerosas variantes del acto suicida a tener en cuenta, ya que surgen de motivaciones iniciales distintas y van a exigir formas de intervención diferentes. *Silverman et al.*³ intentan unificar las variantes, creando uno de los modelos más extendidos en la práctica clínica actual:

Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).

Comunicación suicida: se transmiten al exterior deseos, pensamientos o intenciones de acabar con la propia vida pero no se produce ninguna lesión. Sería el paso intermedio entre la ideación y la conducta suicida.

- *Amenaza suicida:* expresión al entorno que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro.
- *Plan suicida:* ideación de un método con el que llevar a cabo la conducta suicida.

Gesto suicida o parasuicidio: aquel en el que no hay intención de morir, aunque pueda causar algún daño en la persona.

Conducta suicida: conducta motivada por un deseo claro de morir.

- *Suicidio consumado:* se consigue la muerte.
- *Suicidio frustrado o intento de suicidio:* no se consuma la muerte por alguna circunstancia externa.

1.1.2 Datos epidemiológicos sobre el suicidio

La OMS estima, basándose en su base de datos sobre la mortalidad mundial, que alrededor de 800.000 personas se suicidan cada año.² Según el nivel de ingresos del país, el 75% de suicidios pertenece a los países de ingresos bajos y medianos, mientras que el 24,5% pertenece a países con altos ingresos. Entre los 172 Estados que forman parte de la OMS, se suicidan más los hombres que las mujeres. Con respecto a la edad, sin diferencia entre hombres o mujeres y para prácticamente todas las regiones del mundo, hay tasas más bajas de suicidio en <15 años y tasas más elevadas para personas >70 años.² La Organización Mundial de la Salud asegura que a partir del 2020 las cifras de muertes por suicidio subirán hasta 1,5 millones por año, superando con creces las muertes debidas a guerras u homicidios.¹

En España, a partir de la información sobre defunciones según la causa de muertes publicadas en el año 2018, el Instituto Nacional de Estadística (INE) recoge los siguientes datos relacionados con las muertes por suicidio⁴:

EDAD	De 15 a 29 años	De 30 a 49 años	De 50 a 69 años	> 70 años	TOTAL
HOMBRES	203	843	915	654	2.619
MUJERES	65	261	355	236	920
AMBOS	268	1.104	1.270	890	3.539

TABLA 1. Número de suicidios por edad y sexo. Elaboración propia. *Fuente: INE⁴*

El Observatorio de Suicidios de España se basa en las cifras anteriormente descritas para asegurar que se registra un aumento de 110 defunciones por suicidio en relación con el año 2016. Se estima que en el 2017 se suicidaban 10 personas por día, produciéndose 1 suicidio cada 2,5 horas. Del total de suicidios, el 73,9% pertenecía a hombres y el 26,1% a mujeres. Durante el siglo XXI se han producido ya más de 60.000 casos de suicidio. Los datos confirman que el suicidio sigue siendo la principal causa de muerte externa en España, superando a los accidentes de tráfico, homicidios o muertes por violencia de género. El mayor número de suicidios se produce entre los 40-59 años, aumentando el riesgo a medida que aumenta la edad, sobre todo en varones. Las Comunidades Autónomas con mayores tasas de suicidio son Galicia y Asturias, siendo la Comunidad de Madrid la que menos casos registra.⁵

1.1.3 Consecuencias del acto suicida para la población

El suicidio es un problema que ha existido en todas las épocas. Sabemos que las consecuencias de este problema tienen un gran impacto social y económico.¹ Además de causar repercusiones de amplio alcance en familiares, amigos y comunidad, debido a la carga de sufrimiento que ocasiona.² Sin embargo, no acaba de ser considerado un problema de salud pública por la población, a pesar de haber sido incluido por la OMS en el Plan de Acción sobre la Salud Mental 2013-2020. Aunque cada vez se publiquen más investigaciones sobre las consecuencias que tiene esta conducta (no solo en el ámbito sanitario, si no en muchos otros sectores sociales), parece que el estigma y el tabú social alrededor del suicidio condicionan mucho la posibilidad de proporcionar una ayuda rápida y eficaz. La *Dra. Margaret Chan*, Directora General de la OMS, asegura que para comenzar a prevenir eficazmente el suicidio, los países deben comenzar a fortalecer estrategias multisectoriales que aborden el suicidio de una manera integral, coordinándose entre los diferentes sectores.²

Cada 40 segundos se suicida una persona en alguna parte del mundo y se afirma que el suicidio es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial (después de los accidentes de tráfico) entre la población joven. Se asegura también que el suicidio

repercute de forma más severa en los grupos más vulnerables, marginados y discriminados de la sociedad. De hecho, la OMS afirma con sus datos que la mayoría de los suicidios se cometen en países de ingresos bajos y medianos, donde los recursos para una identificación temprana y un apoyo eficaz son escasos.² No obstante, está demostrado que los suicidios se pueden prevenir si se implementan intervenciones oportunas. Por ello, es considerado un grave problema mundial que debe abordarse de inmediato.

1.1.4 Aspectos legales generales

Durante el siglo XIX, la mayoría de países disponían de leyes que condenaban el acto suicida. Con el paso de los años se ha ido retirando la despenalización en la mayoría de los lugares, pero no en todos. En países donde la persona se considera propiedad del Estado se sigue penando.³ En el informe de Prevención del Suicidio publicado por la OMS en el 2014², se recogen 25 países que aún tenían leyes penalizadoras contra el suicidio y 10 países que seguían aplicando la ley islámica “*Sharia*”. Esta ley penaliza el suicidio con sanciones que incluyen desde una pequeña multa hasta la cadena perpetua. Aseguran que el hecho de penalizar la conducta suicida no favorece en absoluto a que las personas soliciten ayuda ya que, al ser considerado un delito, se intentaría ocultar. De igual manera, tampoco facilitaría la recogida de notificaciones suicidas para poder aportar datos correctos respecto a la magnitud del problema.²

En España, no existe ninguna consideración penal para la persona que comete el acto suicida. Sí que se implementa castigo en caso de que exista cooperación del entorno de esa persona. El Código Penal, en su *Art. 143.1* y 2, castiga la inducción y cooperación al suicidio con 4-8 años de prisión. El Código Penal también tipifica el delito de imprudencia profesional en su *Art. 142.1*, afirmando que solo se podrá exigir responsabilidad penal respecto a la conducta de ese profesional cuando “el suicidio fuese claramente previsible y evitable, y el profesional actuara de forma imprudente o negligente”.³

1.1.5 La enfermería penitenciaria y la reforma legal del sistema sanitario penitenciario español

El papel de la enfermería en los establecimientos penitenciarios no fue regulado hasta entrado el siglo XIX. Comienza así una reforma de la política sanitaria penitenciaria en España, basada en un sistema que debía proporcionar cobertura

sanitaria de prevención y tratamiento a todos los ciudadanos, incluyendo de igual forma a las personas que se encontraban privadas de su libertad en prisión.⁶

En 1889, se publica el primer referente legal que hace mención a la enfermería penitenciaria por medio del *Real Decreto del 11 de noviembre*. Este Decreto hace referencia a la “reorganización del Cuerpo de Empleados de Establecimientos Penales” recogiendo en su artículo 36: “Se considerarán agregados a la sección sanitaria, los cirujanos practicantes, practicantes de farmacia y personal subalterno de las enfermerías de las prisiones”.⁷ Desde entonces, se han ido realizando numerosas reformas legislativas para el desarrollo de la sanidad penitenciaria.

En primer lugar, la **Constitución Española de 1978**⁸ tendrá un peso fundamental para cambiar los fines y la organización de la sanidad penitenciaria. En su *Artículo 25* se establece que “El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales a excepción de los que sean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio”⁸, exponiendo el derecho de los reclusos a la protección de la salud de una manera igualitaria al resto de ciudadanos.

Por su parte, la **Ley 1/1979 Orgánica General Penitenciaria (LOGP)**, aprobada a partir de la nueva Constitución y propuesta por el Director General de Instituciones Penitenciarias, expone el derecho a la salud para la población privada de libertad y exige a la administración penitenciaria velar por su cuidado. Esta ley menciona un modelo de sanidad penitenciario propio e independiente de los demás recursos de salud pública, a excepción de casos inevitables, y dependiente del Ministerio del Interior.⁹

Dos años después, el **reglamento penitenciario**, aprobado por el *Real Decreto 1201/1981* y reformado en 1984 dispone que la asistencia sanitaria penitenciaria debe ser organizada en las mismas condiciones que tienen las personas en libertad y se recogen las funciones de los entonces llamados ATS (Ayudante técnico sanitario).⁶

La **Ley General de Sanidad 14/1986, del 25 abril** tenía como objetivo “la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud”. En ella se decreta que en el plazo de 18 meses, el Gobierno debe armonizar todos los sistemas públicos de cobertura sanitaria que queden fuera del SNS, incluyendo la asistencia sanitaria a los internos.⁹

La creación de la **Subdirección General de Sanidad Penitenciaria**, mediante el *Real Decreto 148/1989 del 10 de Febrero*, permite pasar de una asistencia sanitaria

penitenciaria precaria a una asistencia con incremento de las plantillas, implantación de asistencia continuada, mejora de los materiales, historia clínica única y registros propios, organización del equipo, programas de prevención y promoción de la salud... Se consiguió un fortalecimiento de la red penitenciaria pero se fomentó el aislamiento respecto las demás redes sanitarias públicas.⁷

La **Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria**, creada en 1997, consigue el reconocimiento de los profesionales penitenciarios, y contribuye al impulso y la divulgación de la investigación en este ámbito, y a la creación de la *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* (RESP).⁹

1.1.6 Funciones de los profesionales de enfermería penitenciaria

Las funciones y competencias de los funcionarios del cuerpo de enfermería de instituciones penitenciarias se recogen en el **Art. 324** del *Real Decreto 120/1981 del 8 de mayo*, con el cual se aprobaba el *Reglamento Penitenciario*¹⁰:

- Acompañar al médico en sus visitas, tomando nota de las indicaciones para administrar posteriormente los medicamentos, inyectables o demás tratamientos prescritos.
- Realizar las curas.
- Controlar el uso del material clínico y de los medicamentos, cuidando que solo se utilice lo prescrito por el médico.
- Dirigir los tratamientos de desinfección y desinsectación prescritos por el médico.
- Llevar personalmente la documentación administrativa de enfermería.

Desde entonces, no se han vuelto a modificar legalmente las funciones del personal enfermero. Únicamente, en el *Real Decreto Ley 20/2011 del 30 de Diciembre*, se establece en el **Art. 2** que “El cuerpo de Ayudante Técnicos Sanitarios de Instituciones Penitenciarias, pasa a denominarse Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias”.¹⁰ Las funciones del personal de enfermería quedan únicamente limitadas a aspectos meramente asistenciales y administrativos, pasando por alto cualquier labor autónoma de prevención, promoción de la salud, docencia e investigación.

1.1.7 Situación actual de la población penitenciaria española

Atendiendo al perfil de los individuos que ingresan actualmente en las prisiones españolas, se pueden observar las características sociodemográficas más prevalentes en los centros y las problemáticas sanitarias que presentan los reclusos con mayor frecuencia.

Situación socio-demográfica

Según la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio de Interior, a 1 de enero de 2020, hay un total de 58.369 reclusos cumpliendo condena en España. De esta cifra, el 92,6% son hombres y el 7,4% son mujeres. El intervalo de edad con un número mayor de reclusos penados se sitúa entre los 41 y 60 años. Respecto a la nacionalidad de los reclusos cumpliendo condena en el país, hay un total de 16.417 reclusos extranjeros (aproximadamente 1/3 de la población reclusa). En cuanto a la distribución por comunidades autónomas de la población reclusa, Andalucía, Cataluña y Madrid son a fecha de Enero del 2020 las que mayor número de internos albergan.¹⁰

Situación socio-sanitaria

Son numerosos los estudios que describen que la población penitenciaria presenta unos problemas de salud específicos. Por lo tanto, podemos concluir que la población penitenciaria, tanto española como del resto de lugares del mundo, necesita unos cuidados específicos enfocados a sus características socio-sanitarias propias.¹¹

Atendiendo a las características socio-sanitarias de esta población, se debe destacar la alta prevalencia de enfermedades infectocontagiosas graves (VIH, hepatitis. C, tuberculosis) y los problemas de drogodependencia. En los últimos años merece también especial atención la alta prevalencia de reclusos con problemas de trastornos mentales. Esta característica propia de la población penitenciaria se asocia de forma muy frecuente con el consumo de drogas, lo que acaba conformando una patología dual.¹¹ Un número considerable de reclusos presenta problemas de salud relacionados con la exclusión social y la pobreza, como los mencionados anteriormente. Presentan un deterioro general de su estado de salud probablemente por la ausencia de una adecuada atención o seguimiento previo al ingreso en prisión.⁶ Existe una alta morbilidad de problemas psiquiátricos y un aumento del riesgo de autolesión y suicidio en esta población. La alta prevalencia de trastornos mentales en prisión puede ser la consecuencia de los insuficientes servicios que existen en la comunidad dirigidos a este

tipo de personas. De hecho, otra de las situaciones frecuentes en prisión es la alta demanda de los servicios sanitarios por parte de los reclusos. Consultan hasta tres veces más que el resto de la población, puede que debido al mejor y más rápido acceso a los servicios sanitarios que cuando se encuentran en la comunidad.¹²

1.1.8 Datos estadísticos del acto suicida en prisión

Actualmente, el suicidio es considerado una de las principales causas de muerte en prisión. Como hemos visto, el suicidio en la población general es un gran problema de salud pública en nuestros días. A pesar de eso, se asegura que las tasas de suicidio son mucho más altas entre los reclusos que en la población general.¹⁷ En la siguiente tabla se aporta una comparación entre los suicidios en la población española en general y los suicidios entre los reclusos de establecimientos penitenciarios españoles:

AÑO	POB. NACIONAL	SUICIDIOS OUT	%	POB. PENITENCIARIA	SUICIDIOS PRISIÓN	%
2010	46.486.621	3158	0,0068	73.088	23	0,031
2011	46.667.175	3180	0,0068	69.588	15	0,022
2012	46.818.216	3539	0,0076	65.279	23	0,035
2013	46.727.890	3870	0,0083	65.395	29	0,044
2014	46.512.199	3910	0,0084	63.709	24	0,038
2015	46.449.565	3602	0,0078	63.436	23	0,036
2016	46.440.099	3569	0,0077	60.220	21	0,035
2017	46.527.039	3679	0,0079	59.609	27	0,045
2018	46.658.447			59.070	30	0,051

Tabla 2. Datos comparativos del número de suicidios generales y en prisión. *Fuente: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.*¹⁰

En primer lugar, podemos observar que los porcentajes de suicidios en prisión son siempre mayores en relación con los suicidios de la población nacional fuera de prisión. Se observa también un pico más alto en el número de suicidios en el año 2013, que comienza a bajar a partir del año 2014. Parece que desde el año 2014 hasta el año 2017, las tasas suicidas bajan. Podría estar relacionado con la aparición del Programa de Prevención de Suicidios vigente para el año 2014 en las prisiones españolas.

A pesar de mantenerse un número de suicidios más o menos estable por cada año, parece que a partir del año 2017 la tendencia es ascendente. Se pueden observar los aumentos en las tasas mediante el gráfico aportado a continuación. Destacar el enorme aumento en las tasas suicidas en prisión obtenido en el año 2004, alcanzando el mayor porcentaje de los últimos 20 años.

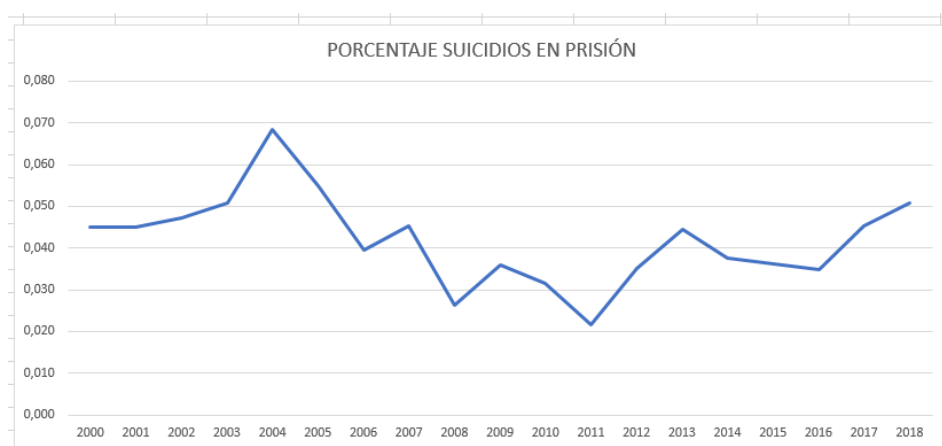


Figura 1. Porcentaje de suicidios por año en prisión. *Fuente: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.*¹⁰

1.1.9 Responsabilidad administrativa frente a la conducta suicida en prisión

Para entender la responsabilidad administrativa y del personal penitenciario frente a los casos de suicidio, partimos de una obligación legal genérica que recae sobre la administración penitenciaria: “Obligación de velar por la vida, integridad y salud de los internos”.¹³ Este deber se recoge en varias de las leyes y decretos publicados durante la reforma legal penitenciaria. Se indica, además, que este deber se cumplimentará mediante medidas de vigilancia y seguridad dirigidas a proteger a los internos de agresiones de todo tipo por parte de otros compañeros e incluso de sí mismos (autolesiones, suicidios). En el Reglamento Penitenciario se especifica que esta medida se llevará a cabo sobre todo mediante la asistencia sanitaria: “Tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la **prevención**, como a la curación y rehabilitación” (negritas de la autora).¹³

En cuanto a la detección de posibles casos suicidas, se debe iniciar en el momento del ingreso de la persona. El Reglamento Penitenciario encomienda esta tarea tanto al personal sanitario, como social o de tratamiento, cumpliendo una labor que corresponde con el deber de asistencia inicial al recluso. Después de producirse el ingreso, el deber de detección de posibles conductas o características que nos indiquen riesgo suicida, le corresponde a todo el personal de la institución. El fin que se persigue es incluirlo cuanto antes en el Programa de Prevención del Suicidio (PPS) ¹³, programa vigente en los establecimientos penitenciarios españoles, dadas las altas tasas de suicidios entre los reclusos, y que pretende ser un instrumento para la detección e intervención en los internos con riesgo.¹⁴ La presencia de factores predictores es especialmente relevante a la hora de que el profesional encargado decida incluir o no al recluso en el programa. Se

pueden dar errores diagnósticos debido a que las conductas predictoras estén poco claras, pero no se deberían dar errores por falta de detección de los factores de riesgo que llevan a esas conductas. Ahí es donde entra la responsabilidad de cada miembro del equipo de Tratamiento para detectar datos reveladores de un futuro riesgo suicida y para ponerlos en conocimiento del profesional correspondiente.

1.1.10 Responsabilidad propia de enfermería respecto a la conducta suicida en prisión

La taxonomía mundial para la profesión enfermera NANDA¹⁵, incluye entre sus diagnósticos enfermeros el de “*Riesgo de suicidio [00150]*”. Se define como “susceptible de sufrir una lesión autoinflingida que amenaza la vida”. En la taxonomía se describen posibles factores de riesgo para el diagnóstico, como cambio notable de la conducta, impulsividad, mal uso de sustancias, pérdida de autonomía e independencia, aislamiento social y familiar y desesperanza.¹⁵ Aunque todas estas características parecen describir bastante bien el entorno penitenciario, el ingreso en prisión no se encuentra descrito como factor de riesgo. A pesar de que un porcentaje importante de los profesionales de enfermería tratan el diagnóstico de riesgo suicida desde la perspectiva carcelaria, en la taxonomía más representativa para nuestra profesión no se especifica este ámbito. La intervención principal descrita para el diagnóstico se denomina “*Prevención del suicidio [6340]*” y se define como la disminución de los daños autoinflingidos con la intención de acabar con la vida.¹⁵ En ella, se mencionan ciertas especialidades de enfermería con probabilidad de utilizar el NIC expresado y, entre todas las descritas, podemos encontrar la enfermería correccional. Es decir, a pesar de que el ingreso en prisión de un sujeto no se considere un factor de riesgo a utilizar en este diagnóstico, sí se tiene presente que las intervenciones indicadas se puedan y deban aplicar por parte de los profesionales de enfermería que trabajan en prisión. Entre las intervenciones se describe la detección de la existencia y el grado del riesgo suicida¹⁵, además de la administración de la medicación necesaria pautada por el médico.

A pesar de las funciones meramente técnicas que se especifican legalmente para la enfermería penitenciaria¹⁰, los profesionales de enfermería no deberían limitarse únicamente a funciones auxiliares del médico en los centros penitenciarios.

Siguiendo el modelo enfermero de la teórica *Callista Roy*¹⁶, la persona queda definida como un ser holístico que se encuentra en constante interacción con un entorno cambiante, al cual debe adaptarse mediante ciertos mecanismos de afrontamiento para

alcanzar un nivel de salud y bienestar óptimo. La enfermería es requerida para ayudar a la persona a adaptarse a lo que Roy considera los cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, función de rol e interdependencia.¹⁶ Estos modos adaptativos son necesarios para adquirir conductas de afrontamiento frente a los estímulos que puedan llegar del entorno. Si trasladamos el modelo al entorno carcelario, los reclusos deben hacer frente a la entrada de estímulos que llegan tanto del nuevo entorno, como del interior de la persona. Estos estímulos serían los considerados factores de riesgo o predictores de la conducta suicida que experimentan los reclusos cuando ingresan en prisión. La nueva situación de privación de la libertad pone en desequilibrio los cuatro modos adaptativos de la teoría de Roy. Cualquier función de rol previa al ingreso desaparece en el entorno carcelario y, con ella, se ve afectado el sentimiento de identidad personal o autoconcepto del recluso. La persona se encuentra en un nuevo ambiente que ya no le exige la adaptación a un nuevo rol, sino que le exige la adaptación a la pérdida completa de cualquier rol anterior. También vemos afectado el ámbito de la interdependencia. El individuo corta de forma brusca la relación con sus personas cercanas y el sentimiento de apoyo se ve disminuido.

Por tanto, la enfermería adquiere una enorme importancia en el entorno penitenciario, ayudando a los reclusos a realizar una fase de procesamiento y adaptación al nuevo entorno lo más adecuada posible. Se debe realizar una valoración de los estímulos que afectan a cada recluso y verificar si las conductas adquiridas son adaptativas o ineficaces.¹⁶ Las funciones de enfermería deben ir, por tanto, dirigidas a la detección de los estímulos y a la realización de intervenciones que los manipulen, para lograr una adaptación adecuada y el bienestar de los pacientes reclusos. Si se logra un buen afrontamiento del nuevo ambiente, se evitará que la persona llegue al planteamiento o ejecución del acto suicida en prisión.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La tasa de suicidios en los centros penitenciarios es significativamente más alta que la tasa de suicidios en la población general, tanto en los establecimientos españoles como en el resto del mundo.¹⁷ El suicidio se considera un gran problema sanitario, el cual conlleva un padecimiento importante por parte de la persona suicida, familiares y personas próximas y para el resto de la población general en términos de vulnerabilidad socio-económica. Los estudios demuestran que el factor del encarcelamiento, multiplica las tasas de suicidio y constituye una causa común de muerte en prisión en todos los países.¹⁸ Se ha establecido por la OMS como una prioridad de atención médica en las cárceles.¹⁹ Es una situación a considerar en términos de gravedad socio-económica, pero también en términos de gravedad en la responsabilidad de los profesionales penitenciarios y de la institución.¹⁸

Para afrontar eficazmente esta problemática en las instituciones penitenciarias, se debe realizar una evaluación clínica del riesgo de suicidio de los reclusos. Esta evaluación debe ser un proceso continuo y dinámico que todo el personal de asistencia sanitaria penitenciaria debe estar bien capacitado y listo para llevar a cabo en cualquier encuentro clínico. La detección del riesgo de suicidio es una intervención tan vital como todas las demás.²⁰

Por otro lado, las funciones de los profesionales de enfermería en prisión quedan limitadas a una labor puramente técnica¹⁰, sin que se promueva el desarrollo del cuidado holístico propio de nuestra profesión. Se plantea como un deber legal de todo profesional de enfermería de la administración penitenciaria velar por la vida, la integridad y la salud de los internos.¹³ En nuestra taxonomía diagnóstica se recoge la intervención “Prevención del riesgo suicida”, incluyendo el ámbito carcelario¹⁵ y las teorías enfermeras justifican unas funciones preventivas e intervenciones que van mucho más allá de la labor puramente auxiliar que se ofrece en las prisiones. Por lo tanto, se debe exigir nuestra aportación en las intervenciones dirigidas a la detección y prevención del suicidio, fomentando un cuidado multidisciplinar en este ámbito.

Existe una ausencia de estudios previos que traten la detección temprana y prevención del suicidio penitenciario desde el ámbito enfermero. La finalidad de esta revisión es recabar información sobre los factores predictores de la conducta suicida en prisión, con el fin de fomentar el conocimiento y la capacitación enfermera en los

programas de detección. Además, se analizará el papel actual que se adjudica a la enfermería en esta detección del riesgo suicida. Si los profesionales de enfermería manejan los factores indicadores de riesgo suicida, se podrá reivindicar su papel en los programas de detección y prevención vigentes en la actualidad, fomentando un abordaje multidisciplinar mucho más efectivo y reduciendo la causa de muerte individual más común en escenarios penitenciarios.

1.3 OBJETIVOS

El objetivo general del presente trabajo es estudiar el papel de la enfermería en la detección y prevención del suicidio penitenciario en España.

Los objetivos específicos son:

- Identificar los factores de riesgo que puedan predecir la conducta suicida en la población carcelaria.
- Identificar qué factores de riesgo tienen mayor peso predictor de la conducta suicida penitenciaria.
- Identificar los programas o protocolos existentes para prevenir la conducta suicida en centros penitenciarios de España y el papel que se le adjudica a la enfermería.
- Identificar el papel que realmente desempeña la enfermería y el papel que podría desempeñar en los programas de prevención de la conducta suicida.

2. METODOLOGÍA

Se han llevado a cabo diferentes estrategias metodológicas para la obtención de los objetivos específicos planteados en el presente trabajo, con el fin de recabar la información necesaria que nos dirigiese a poder analizar el objetivo principal.

2.1 Revisión narrativa acerca de los factores de riesgo predictores de la conducta suicida en prisión

Se ha realizado una revisión narrativa entre el 1 de enero y 4 de mayo del 2020. La revisión narrativa consiste en una recopilación, evaluación y síntesis de todos los estudios relevantes sobre el tema específico de interés. La diferencia entre revisión narrativa y otro tipo de revisiones bibliográficas, es que ésta no utiliza métodos estadísticos avanzados (como pudiera ser el meta.análisis) para analizar de forma rigurosa los documentos seleccionados.²¹

Para comenzar el proceso de revisión se realizó una búsqueda en *Google Scholar* y la base de datos *PubMed* mediante lenguaje libre y limitando la fecha de publicación a un máximo de 10 años de antigüedad. Esta búsqueda general tuvo la finalidad de averiguar el estado actual del tema y refinar el objetivo principal de la búsqueda. Una vez concretado el objetivo, se realizó una búsqueda más concreta y exhaustiva con descriptores que delimitasen los términos utilizados. Se utilizó el tesauro creado por la National Library of Medicine (NLM), llamado Medical Subjects Headings (**MeSH**) y el tesauro de Descriptores en Ciencias de la Salud (**DeCS**). Para la búsqueda se recurrió a las bases datos *PubMed*, *Scielo*, *Cinahl*, *Cuiden*, *Cochrane Plus* y se revisó la Revista Española de Sanidad Penitenciaria (RESP) y la página web de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior.

2.1.1 Creación de la estrategia de búsqueda

Lenguaje natural	Descriptor MeSH	Descriptor DeCS
Suicidio	Suicide	Suicide
Europa	Europe	Europe
Prisioneros	Prisoners	Prisoners
España	Spain	Spain
Factores de riesgo	Risk Factors	Risk Factors

Tabla 3. Términos y descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica. *Elaboración propia.*

Los términos empleados para realizar la búsqueda se han recogido en la tabla 3. Como podemos ver, todos los descriptores utilizados están incluidos en los tesauros MeSH y DeCS. Aunque más adelante se especificará el proceso de cada búsqueda, ésta se desarrolló combinando los descriptores nombrados junto con los operadores booleanos “AND” y “OR”. Para limitar aún más la búsqueda, se utilizaron los siguientes filtros:

- Fecha de publicación: del 2010 a la actualidad.
- Especie de estudio: Humanos.

2.1.2 Estrategia de búsqueda

En el *Anexo I* se deja constancia de la estrategia de búsqueda seguida en cada base de datos.

2.1.3 Criterios de selección de los documentos

Para realizar la búsqueda bibliográfica en las bases de datos, se establecieron una serie de criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión

Se seleccionan todos los artículos:

- Que estudien los diferentes factores de riesgo de la conducta suicida en el entorno penitenciario.
- Con una antigüedad máxima de 10 años (fecha de publicación igual o posterior al 2010).
- Artículos que estudien los factores de riesgo de la conducta suicida penitenciaria con independencia del lugar donde se haya realizado el estudio y de las diferencias sociodemográficas que puedan tener.

Criterios de exclusión

Se descartan todos los artículos:

- Que incluyan como muestra de estudio a personas menores de 18 años.
- Que el idioma de publicación del artículo no fuese: inglés, español o francés.
- Que estudien factores de riesgo de la conducta suicida una vez los reclusos han sido liberados.
- Que estudien factores de riesgo para conductas de autolesión no suicida en los reclusos.

- Que enfoquen su tema de estudio en intervenciones o terapias para la conducta suicida penitenciaria, y no en los factores predictores de esa conducta.

2.1.4 Metodología de selección de artículos

En primer lugar, se revisaron todos los artículos encontrados a partir de la combinación de descriptores y filtros empleados. Mediante la lectura del título, se seleccionaron aquellos artículos que parecían tener relación con el tema a revisar.

Después se revisaron los resúmenes de cada artículo, seleccionando aquellos en los que se trataba el tema de estudio y aquellos que cumplían los criterios de inclusión descritos.

Por último, se realizó una lectura completa de los artículos seleccionados anteriormente a partir del resumen y se hizo una selección final de los artículos que hablaban directamente del tema de interés, descartando aquellos que incluyeran alguno de los criterios de exclusión mencionados. En la siguiente tabla se muestra el número de artículos seleccionado en cada etapa:

Base de datos	Artículos encontrados mediante palabras claves	Artículos seleccionados por resumen	Artículos seleccionados a partir de lectura completa
PubMed	62	48	24
RESP	9	5	2
Scielo	0	0	0
CINAHL	10	6	1
CUIDEN	0	0	0
Cochrane Plus	1	1	0
Total	82	60	27

Tabla 4. Artículos escogidos en cada etapa de selección. *Elaboración propia.*

Tras esta selección de artículos escogidos entre toda la literatura actual, se procederá a examinar la información aportada para efectuar los objetivos específicos marcados en relación con el análisis de los factores de riesgo de la conducta suicida y la identificación de los factores con más peso predictor.

2.2 Búsqueda de programas o protocolos de prevención suicida en establecimientos penitenciarios españoles

A raíz de la búsqueda general para contextualizar el tema de estudio y fruto de los escasos estudios encontrados acerca del papel de la enfermería, se optó por ponerse en contacto con personas que perteneciesen al equipo de funcionarios de establecimientos penitenciarios españoles con el fin de recoger información sobre las actuaciones actuales para la problemática suicida en la población reclusa.

Gabriel Ledo Suárez, psicólogo funcionario del sistema penitenciario español, aportó la información necesaria para la revisión relacionada con el Plan de Prevención de Suicidios (PPS)¹⁴ vigente en los establecimientos. Proporcionó el documento oficial de este programa y resolvió ciertas dudas acerca de su funcionamiento y acerca de las funciones de enfermería dentro del plan.

Por otro lado, se revisó el Trabajo Fin de Grado realizado por la autora Sara Padrino Ojea, relacionado con el papel de la enfermería en el Proyecto de Atención Integral a Enfermos Mentales en los centros penitenciarios (PAIEM).²² El trabajo fue aportado por el tutor y supervisor de ambas, Florentino Blanco Trejo. La revisión de este trabajo tuvo como objetivo el conocimiento acerca de otro de los programas implantados en las prisiones españolas acerca de los problemas de salud mental, pudiendo ser considerada la conducta suicida como uno de ellos. Aportó información sobre la estructuración del programa y sobre la figura enfermera y sus funciones a realizar en el desarrollo del programa.

El conocimiento del funcionamiento y organigrama de estos programas nos permitirá reflexionar sobre la presencia o no de la enfermería en ellos y sobre las funciones reales que el colectivo enfermero está desarrollando en los centros.

3. RESULTADOS

Hemos organizado nuestros resultados en dos grandes apartados. En el primero de ellos presentaremos los resultados de nuestra revisión narrativa y en el segundo examinaremos los dos programas vigentes actualmente en las prisiones españolas en relación con la problemática suicida: el PAIEM²² y el PPS¹⁴. Tras el conocimiento del funcionamiento y organigrama de cada uno, nos centraremos en analizar si existen funciones específicas adjudicadas a los profesionales de enfermería en estos programas y las funciones que realmente se está llevando a cabo.

3.1 Resultados de la revisión narrativa

Presentaremos, en primer lugar, un análisis descriptivo general de los estudios seleccionados, para centrarnos después en el análisis de los factores de riesgo de la conducta suicida encontrados.

3.1.1 Análisis descriptivo de los artículos seleccionados

Con los 26 artículos finalmente seleccionados (ver Anexo II), se ha llevado a cabo un análisis descriptivo que nos permitirá caracterizar los estudios acerca de la temática escogida.

Metodología	Número de artículos
Cuestionarios / Encuestas	8
Entrevistas clínicas	7
Revisiones bibliográficas	4
Recogida de datos	4
Estudios analíticos: casos y controles	3

Tabla 5. Clasificación de artículos según su metodología. *Elaboración propia.*

En la Tabla 5 se aporta una clasificación diferencial de los procedimientos metodológicos utilizados con más frecuencia en los estudios seleccionados. Como podemos observar, el método que más utilizan los autores son los cuestionarios aportados directamente a los reclusos seleccionados para la muestra de estudio. También es bastante frecuente el uso de entrevistas clínicas individualizadas con cada recluso, llevadas a cabo por profesionales especializados y con el fin de obtener información de primera mano acerca de características personales del individuo.

Temática revistas

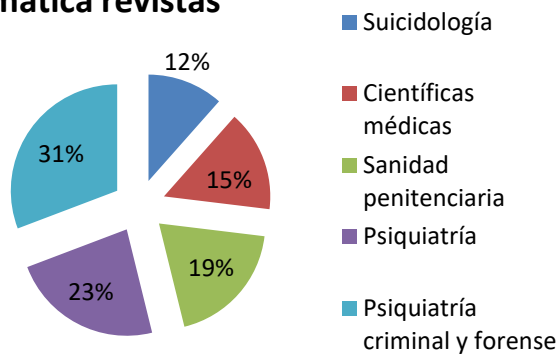


Figura 2. Gráfico dedicado a las temáticas de las revistas de los artículos seleccionados.

Elaboración propia.

En la Figura 2 se han clasificado los artículos según la temática prevalente de las revistas que los han publicado, con el fin de conocer cuáles son los marcos científicos más interesados en la problemática suicida en prisión. El ámbito profesional con mayor interés de estudio es la disciplina médica de psiquiatría. Muchos de los artículos han sido publicados en revistas dedicadas al ámbito de la psiquiatría y salud mental en general, pero la mayoría de ellos han sido publicados en revistas dedicadas a la criminología y a la psiquiatría forense y penitenciaria. Como podemos observar en el gráfico aportado, no hay ni un solo artículo publicado en una revista dedicada a la enfermería.

Se debe destacar que de los 26 artículos seleccionados, 23 son estudios realizados en Europa. Descartando los estudios realizados en EEUU, Colombia y Australia, se ha realizado una clasificación de los países europeos que han llevado a cabo los estudios seleccionados.

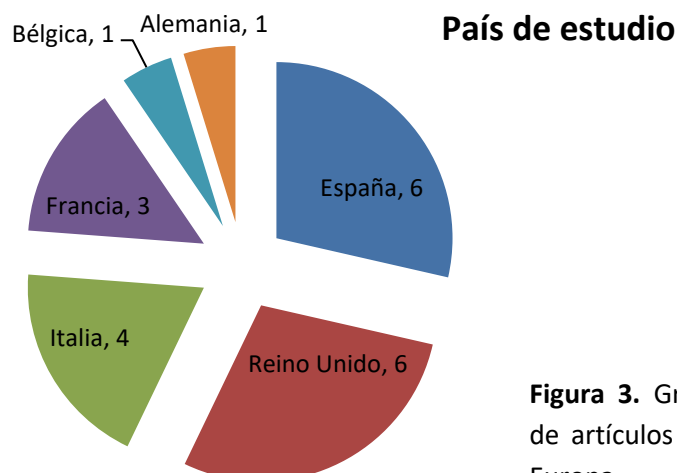


Figura 3. Gráfico dedicado al número de artículos realizado en cada país de Europa.

Elaboración propia.

Únicamente encontramos seis países europeos que han publicado alguno de los artículos seleccionados para la revisión sobre la problemática suicida en prisión. De entre los seis países europeos que han publicado algún artículo, España, Reino Unido e Italia son los países que más estudios han realizado entre los seleccionados.

También se han analizado las fechas de publicación de los artículos. Desde el año 2012 hasta el 2019, se mantiene un número de publicación de artículos seleccionados similar. Por lo que podemos deducir que el interés por la problemática se ha mantenido estable durante el periodo de tiempo seleccionado para la revisión.

Ámbito laboral	Número de artículos
Centros universitarios	22
Centros hospitalarios o de Atención Primaria	7
Centros penitenciarios	8

Tabla 6. Número de artículos elaborados por cada ámbito laboral. *Elaboración propia.*

Por último, en la Tabla 6 se ofrece un análisis acerca de los ámbitos de trabajo predominantes de los autores que han realizado los estudios seleccionados. Es evidente que la mayoría de las investigaciones sobre la problemática surgen de un interés académico. La mayoría de los autores que han realizado los estudios seleccionados son profesionales dedicados al ámbito universitario. Los departamentos universitarios a los que los autores pertenecen con mayor frecuencia son los ámbitos de la medicina, la psiquiatría médica y la psicología, la salud pública o epidemiología y la psiquiatría forense. De los 26 estudios analizados e incluyendo a todos los autores que han participado en cada uno de ellos, se ha encontrado una única autora de uno de los estudios seleccionados que dedica su labor a la docencia en un departamento de enfermería. En cuanto a los centros hospitalarios, predominan los profesionales pertenecientes a departamentos de psiquiatría y salud pública. Los departamentos de medicina penitenciaria y psicología correccional son los de más frecuente interés si analizamos los centros penitenciarios.

Tras el análisis descriptivo podemos concluir que la disciplina enfermera tiene un nulo desarrollo de la investigación dedicada a la temática penitenciaria o a la problemática suicida en estos centros, a pesar de encontrarse como disciplina presente en el ámbito académico, en el hospitalario y en el penitenciario. Se hace necesario el

interés por parte de los profesionales de enfermería en la inclusión y participación en este tipo de estudios, ya que es una disciplina que lleva a cabo cuidados de manera directa en el ámbito afectado y que debe proteger la salud de la población reclusa bajo el conocimiento basado en las últimas evidencias científicas, a través de las investigaciones más actuales acerca de los problemas característicos en prisión.

3.1.2 Factores de riesgo de la conducta suicida

Se han clasificado los factores de riesgo encontrados en los 26 estudios con la finalidad de facilitar la exposición de la información aportada. Se han agrupado en ámbitos diferenciales según las características propias del individuo y las características propias del encarcelamiento, que lo hacen más susceptible a la conducta suicida.

Factores sociodemográficos

En los artículos escogidos se recogen una serie de características de riesgo propias del individuo. Entre las más frecuentemente mencionadas se encuentran los factores sociodemográficos. Las variables sociodemográficas que más se reflejan corresponden al sexo y la edad. Sin embargo, son los factores de riesgo con mayor controversia. No existe un acuerdo en torno a si pertenecer a un sexo u otro, o ser más joven o más mayor, aumenta el riesgo de conducta suicida en prisión.

Jaramillo Gutiérrez et al.²³, Eck et al.²⁴, Castelpietra et al.²⁵, Gooding et al.²⁶, Duthé et al.²⁷, Caravaca Sánchez et al.²⁸ y Humber et al.²⁹ aseguran en sus estudios que las tasas de intento suicida son mayores en reclusos varones. Se debe tener en cuenta que la mayoría de estos estudios se han realizado en centros penitenciarios que albergan únicamente reclusos varones y que, en la mayoría de los países, la población reclusa femenina es una minoría en prisión.³⁰ Opitz-Welke et al.³⁰ aseguran en un estudio dedicado únicamente a las mujeres reclusas, que no hay una mayor carga de factores de riesgo conocidos en mujeres que en hombres. Únicamente aseguran tasas más altas de ideación suicida previa en las mujeres que después murieron por suicidio. También justifican que en algunos centros se puedan dar tasas más altas de suicidio en mujeres debido a que presentan más casos de abstinencia de drogas y, asociado a la comorbilidad de los trastornos mentales, podría aumentar el riesgo. Sin embargo, Larney et al.³¹ recogen en sus resultados que no hubo diferencias de género en la prevalencia de la ideación suicida, asegurando que las mujeres eran más propensas a

realizar un intento de suicidio en algún momento de su vida, debido a que solían presentar más frecuencia en historias de trauma infantil y comorbilidades psiquiátricas.

Algo semejante ocurre con la edad. Jaramillo Gutiérrez et al.²³, Castelpietra et al.²⁵ y Caravaca Sánchez et al.³² muestran que los reclusos jóvenes son más vulnerables, mientras que Hawton et al.³³, Bedoya et al.¹⁸ y Saavedra et al.¹⁷ muestran que el riesgo de morir por suicidio en prisión es mayor en los reclusos mayores de 30 años.

Respecto a la nacionalidad de los reclusos, Larney et al.³¹, Caravaca Sánchez et al.³², Duthé et al.²⁷, Saavedra et al.¹⁷ y Caravaca Sánchez et al.²⁸ muestran que los sujetos que cumplen condena en su país de origen son más vulnerables al riesgo de suicidio. Parece ser que la población de origen caucásico^{24, 25} presentan también mayor riesgo. En los estudios anteriores se mostraba que pertenecer a un grupo étnico no blanco era un factor protector. Sin embargo, Humber et al.²⁹ recogen en su estudio unos resultados que muestran que los reclusos de etnia no blanca presentaban mayor riesgo, muy influenciados probablemente por la práctica cultural desconocida, barreras idiomáticas, poca comprensión del sistema judicial del país en el que están, lejanía y poco contacto social con familiares y ansiedad por la deportación. Estas características pueden convertir a los reclusos extranjeros en un grupo vulnerable pero de difícil detección de riesgo por parte del establecimiento penitenciario.

En cuanto al resto de variables sociodemográficas los estudios aseguran que estar soltero, divorciado o en situación de viudedad^{17, 18, 23, 26, 28, 34}, tener calificaciones educativas pobres³⁵ o no tener ninguna²³, estar desempleados antes de ingresar en prisión^{26, 29, 32}, no tener hijos^{18, 23}, no tener vivienda^{26, 36}, vivir una situación de dificultad financiera previa²⁶, la ausencia de creencias religiosas y la preferencia sexual por personas del mismo sexo²³, aumentan considerablemente el riesgo de suicidio en prisión.

Factores psicológicos individuales

Generalmente, los reclusos son sujetos que pertenecen a grupos vulnerables frente al riesgo suicida antes de ingresar en prisión. Cumplen factores de riesgo bien establecidos para el suicidio en la población general, en gran parte debido a los acontecimientos negativos y estresantes que afrontan de manera habitual en su vida.²⁴

Es importante analizar la vulnerabilidad psicológica que presentan los reclusos de forma habitual antes de su ingreso en prisión²⁴ y el aumento drástico del nivel de

angustia psicológica que resulta de la nueva situación de privación y pérdida de la perspectiva temporal una vez se ha ingresado.³⁴ Los estudios muestran que la vulnerabilidad psicológica importada de los reclusos se caracteriza por un perfil de baja autoestima^{24, 36}, estrategias de afrontamiento ineficaz y desadaptativo^{37, 38}, niveles más altos de hostilidad, agresividad y conductas impulsivas³⁶ y la desesperanza^{35, 36} como factor significativo para el riesgo suicida.

Son varios los artículos revisados que centran su estudio en los factores de riesgo psicológicos del individuo en prisión. Favril et al.³⁷, Larney et al.³¹, Bani et al.³⁴, Marzano et al.³⁵, Rivlin et al.³⁶ y Roy et al.³⁹ coinciden en que el perfil psicológico de una persona vulnerable se basa, en primer lugar, en los rasgos de una personalidad impulsiva y agresiva. Larney et al.³¹ aseguran en su estudio que el rasgo de impulsividad puede ser la base de asociación entre la ideación suicida y la muerte por suicidio, debido a que el aumento de la impulsividad tras un traumatismo causante de una lesión cerebral, puede conducir a cometer finalmente el acto. Bania et al.³⁴ establecen un perfil de riesgo en los reclusos que obtuvieron niveles severos o moderados de impulsividad y angustia psicológica. Los reclusos que participan en conductas autolesivas muestran conductas de evitación frecuentes como resultado de la alta impulsividad que les provoca la baja tolerancia a los sentimientos de angustia psicológica que sufren. Esta alta impulsividad también puede ser consecuencia de la búsqueda con urgencia de excitación emocional, es decir, un intento específico de buscar la novedad dentro de la rutina vivida en prisión. Por último, apuestan también por la justificación de que la impulsividad puede ser aumentada por los trastornos psicopatológicos que sufre un gran porcentaje de la población carcelaria. Roy et al.³⁹, además de confirmar la predisposición a la agresividad e impulsividad, aseguran en su estudio que la personalidad de los presos que realizan numerosos intentos de suicidio se caracteriza por niveles bajos de extroversión y resiliencia y niveles más altos de introversión como factor de riesgo para esta conducta.

También se debe tener en cuenta las percepciones de derrota y atrapamiento, ya que están fuertemente vinculadas a la conducta suicida de los reclusos.⁴⁰ Es importante determinar qué factores psicológicos agudizan los sentimientos de derrota y atrapamiento. Gooding et al.⁴⁰ sitúan su área de investigación en las percepciones de la autoestima y la capacidad de afrontamiento y el efecto que tienen sobre los sentimientos de derrota y atrapamiento. La literatura vincula la baja autoestima y las malas

habilidades de afrontamiento con los pensamientos y la conducta suicida. En el estudio se demuestra que la percepción de las habilidades de afrontamiento influye en los sentimientos de derrota y atrapamiento. Bajos niveles de afrontamiento amplifican sentimiento de atrapamiento en prisión y, con él, el elemento de la desesperanza como factor de riesgo directo para pensamientos, conducta y muerte suicida. En otro de sus estudios, sitúan el componente psicológico de la desesperanza como principal factor que modera o interactúa con los síntomas de las enfermedades psiquiátricas que aumentan el riesgo de conducta suicida. Aseguran que la desesperanza amplifica el efecto de los síntomas psiquiátricos generales, aumentando aún más la probabilidad del suicidio.²⁶

Por último, otro de los factores psicológicos a tener en cuenta es la capacidad adquirida para el suicidio. Se define como “una condición de valentía ante la muerte y la capacidad de tolerar el dolor físico involucrado en el suicidio”.⁴¹ Para que un individuo muera por suicidio son necesarios el deseo y la capacidad de realizarlo. Smith et al.⁴¹ afirman en su estudio que los presos pueden tener una capacidad adquirida mayor debido a la mayor probabilidad de experimentar una exposición repetida a experiencias de la vida que involucren dolor físico y/o provocación psicológica. La búsqueda de emociones y la impulsividad también se asocian con una exposición más frecuente al dolor y a la provocación y una mayor capacidad adquirida para el suicidio.

Factores relacionados con el entorno del individuo

Al estudiar los factores del entorno del individuo que ingresa en prisión, diferenciamos factores generales relacionados con su entorno social y factores más específicos relacionados con el entorno familiar que le rodea.

a) Factores relacionados con el entorno social

Los estudios muestran las experiencias traumáticas en la infancia como uno de los factores sociales más predictivos de la conducta suicida, debido a sus fuertes consecuencias en las características posteriores del sujeto. Eck et al.²⁴, Marzano et al.³⁵, Rivlin et al.³⁶, Caravaca Sánchez et al.³² y Rabe et al.³⁸ han demostrado que las experiencias traumáticas en la infancia son un factor de riesgo para futuros comportamientos suicidas. El maltrato infantil tiene una incidencia significativa en la población carcelaria, asumiendo así un importante factor de riesgo específico. Se define como “el abuso y la negligencia o abandono sufrida en menores de 18 años e incluye el tipo de abuso físico, psicológico, sexual, la falta de cuidados y la explotación comercial

u otras que causen daños en el menor”.¹⁹ En su estudio sobre este ámbito, Navarro-Atienzar et al.¹⁹ muestran que el grupo más característico de la población carcelaria está compuesto por personas que han sufrido abusos o abandonos con falta de necesidades básicas. Esto conduce a un perfil caracterizado por una alta frecuencia de exposición a eventos traumáticos infantiles, consumo abusivo de sustancias y una alta prevalencia de problemas de salud mental (estrés postraumático, ansiedad, trastornos depresivos y efectos en la memoria y cognición). Estas tres características son significativamente más frecuentes en la población penitenciaria, ya que causan que esta población tenga una mayor probabilidad de cometer delitos penales. Aunque todos los tipos de maltrato infantil estén asociados al comportamiento suicida, el abuso sexual parece ser el más fuertemente relacionado.

Uno de los motivos de que el maltrato infantil actúe directamente como predictor suicida es que aumenta la probabilidad de repetir el intento de suicidio porque aumenta las psicopatologías severas y su sintomatología en los reclusos.³⁹ El estudio protagonizado por Caravaca Sánchez et al.²⁸ en las prisiones españolas, asegura que las historias de exposición al abuso infantil (físico emocional y sexual) están fuertemente relacionados con la depresión, ansiedad y los síntomas del trastorno de estrés postraumático, y, por lo tanto, con un aumento del riesgo de suicidio. Respecto a las diferencias de género en este factor predictor, encontramos estudios como el realizado por Tripodi et al.⁴² en EEUU, donde aseguran que las mujeres presas reportan tasas más altas de maltrato infantil que los reclusos varones, reportando hasta un 78% de las reclusas historias de victimización infantil. Este estudio también incluye el novedoso hallazgo de que la mayor frecuencia en el maltrato y en la negligencia sufrida en la infancia, se asociaba con una mayor probabilidad de suicidio para esta muestra particular de mujeres en prisión. Estos resultados son complementados por el estudio de Rivlin et al.³⁶ al afirmar que, a pesar de que todos los tipos de maltrato infantil son influyentes en la conducta suicida en prisión, el abuso sexual parece ser más relevante en el riesgo de suicidio de las mujeres reclusas.

Además, los estudios seleccionados muestran que haber sufrido acoso escolar^{36, 38}, haber estado cuidado fuera del hogar o bajo custodia de una autoridad local^{31, 36} y presentar un escaso apoyo social^{24, 35, 32}, relacionado con tener menos amigos cercanos tanto fuera como dentro de prisión, sentirse lejos de los parientes o tener menos contactos externos³⁶, se asocian con intentos de suicidio casi letales en prisión.

b) Factores relacionados con el entorno familiar

Respecto a los factores familiares estudiados y que producen un aumento de la tendencia suicida en prisión encontramos los antecedentes de violencia familiar²³, conflictos familiares en la infancia^{24, 32} (discordias, violencia familiar o estrés familiar), antecedentes familiares de suicidio o autolesión^{23, 24, 35}, muerte de padres o hermanos³⁶, antecedentes familiares de abuso de sustancias^{19, 32}, antecedentes familiares psiquiátricos¹⁷ y encarcelamiento previo de algún familiar cercano^{17, 31}.

Factores clínicos individuales

Los artículos escogidos estudian con bastante frecuencia una serie de características clínicas de los reclusos previas a su encarcelamiento que son significativas a la hora de valorar el riesgo de suicidio.

a) Problemas de salud mental

El padecimiento de un trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo muy importante relacionado claramente con la conducta suicida. Navarro-Atienzar et al.¹⁹, Larney et al.³¹, Eck et al.²⁴, Tripodi et al.⁴², Caravaca Sánchez et al.³², Gooding et al.²⁶, Duthé et al.²⁷, Saavedra et al.¹⁷ y Rabe et al.³⁸ confirman este factor predictor en sus estudios. La depresión parece ser el trastorno de asociación más fuerte con los intentos de suicidio, según el estudio de Marzano et al.³⁵ También destaca el trastorno de estrés postraumático, el abuso de sustancias y el trastorno de personalidad antisocial. El estudio realiza una diferencia de género entre la incidencia más frecuente de problemas de salud mental, encontrando que los hombres se vieron más afectados por síntomas depresivos, psicosis, ansiedad y trastorno de estrés postraumático y por abuso de sustancias. Mientras que las mujeres se veían más afectadas por trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático y psicosis. Opitz-Welke et al.³⁰ realizan un estudio sobre la población reclusa femenina en Alemania, destacando los porcentajes más altos de enfermedades mentales en las mujeres comparados con los hombres reclusos y los porcentajes más altos también de abstinencia de consumo de drogas, aumentando así el riesgo de suicidio entre la población carcelaria femenina. Saavedra et al.¹⁷ realizan un estudio en centros penitenciarios andaluces y añaden que es necesario tener en cuenta la personalidad desinhibida, antisocial y agresiva por lo que también entrarían en riesgo personas con trastornos de la personalidad. En su estudio, los trastornos más habituales en la población penitenciaria con riesgo suicida fueron los trastornos afectivos

(depresión y bipolaridad), los trastornos psicóticos y la dependencia a sustancias psicoactivas.

Son varios los estudios que asocian el consumo de sustancias con los trastornos de salud mental en el riesgo suicida, causando un aumento de la impulsividad del sujeto.^{17, 19, 23, 24, 27, 28, 31, 32, 38} El tratamiento actual o pasado con psicofármacos y haber tenido ingresos psiquiátricos previos también se incluyen como factores predictores de la conducta suicida, por ser indicadores de enfermedad mental.^{17, 23, 24, 28, 32}

b) Historial de autolesiones e intentos de suicidio:

A su vez, se han encontrado otros factores clínicos relevantes para la detección del suicidio, muy influenciados cada uno de ellos por los problemas de salud mental.³⁵. Estos factores corresponderían a las autolesiones previas y al historial de intentos de suicidio.

En el estudio de Hawton et al.³³ dedicado al riesgo de suicidio tras un episodio de autolesión en la población reclusa, se descubre que el riesgo de suicidio posterior es mayor en los prisioneros que se autolesionan que en los que no, ocurriendo muchas veces aproximadamente un mes después del episodio de autolesión. Se reporta que las tasas de autolesiones son 10 veces mayores para mujeres que para hombres, pero que el suicidio posterior tras la autolesión es mayor en varones. Los hombres de edad avanzada (30-49 años) y con un incidente de autolesión previo considerado de alta o moderada letalidad, tendrán más riesgo de suicidio posterior. Mientras que las mujeres con más de cinco incidentes de autolesión en menos de un año y condenadas a cadena perpetua, son las de mayor riesgo. También se registra algo novedoso que incrementa en prisioneros con autolesiones, el fenómeno de agrupamiento. De manera que la prevención posterior a la autolesión debería extenderse más allá del prisionero individual, a otros reclusos que se encuentren en el mismo sector o incluso en la misma prisión.

Por último, el historial de intentos de suicidio previo denota un aumento en el riesgo de suicidio casi letal en las cárceles y queda muy relacionado con los factores comentados anteriormente, destacando el maltrato infantil.²⁸ El estudio de Roy et al.³⁹ acerca de las causas de intentos múltiples de suicidio, muestra también que los prisioneros con historial de intentos múltiples sufren una psicopatología más severa y puntajes más altos de ideación suicida y antecedentes de autolesión.

c) Ideación suicida previa:

Favril et al.³⁷ registran en sus resultados que una cuarta parte de los prisioneros informaron de ideas suicidas durante el encarcelamiento, asociadas significativamente con diagnósticos psiquiátricos, un historial de intentos de suicidio y el consumo de drogas. Informan de un aumento de hasta 15 veces en las probabilidades de suicidio entre los presos con una ideación suicida reciente.

Respecto a la distinción de género, el artículo de Opitz-Welke et al.³⁰ afirma que la frecuencia de ideación suicida observada en las mujeres que murieron por suicidio fue significativamente mayor que en los hombres.

Larney et al.³¹ descubren que más de la mitad de los participantes que informaron ideas suicidas también informaron de un intento de suicidio, por lo que confirmar la ideación puede tener importancia para identificar los reclusos en riesgo suicida. La ideación suicida se asoció con lesiones cerebrales traumáticas, depresión, autolesiones previas y hospitalización psiquiátrica. Aseguraron que la lesión tras traumatismo cerebral tiene una prevalencia elevada entre la población reclusa, aumentando el riesgo suicida por tratarse propiamente de un factor estresante o debido a un aumento de la impulsividad secundario a la lesión. Podría aumentar la tendencia a actuar sobre la ideación suicida.

d) Otros factores clínicos predictores

En la literatura se añade también la existencia de enfermedad crónica como factor de riesgo, destacando la frecuente afección por Hepatitis C entre los reclusos.^{17, 28, 32}

Vadini et al.⁴³ realizan un estudio acerca de la influencia del deterioro neurocognitivo en la población reclusa como factor de riesgo. Descubren que el bajo rendimiento neurocognitivo junto con la alteración de ciertas funciones cognitivas, independientemente de la presencia de comorbilidades psiquiátricas o no, puede facilitar el desarrollo de una crisis suicida.

Factores criminológicos y judiciales

Se han estudiado numerosos factores relacionados con el proceso judicial de los presos con mayor riesgo, la duración del tiempo de condena y el tipo de delito penal cometido.

En primer lugar parece que tanto encontrarse en una situación de prisión preventiva a la espera de sentencia^{17, 30, 31} como obtener una condena superior a 5 años

o incluso una cadena perpetua^{23, 33, 38} aumenta considerablemente el riesgo de suicidio en prisión. En el estudio realizado por Eck et al.²⁴ se confirma que las personas en prisión preventiva en espera de juicio se suicidan el doble de veces que los condenados. Entre los condenados, las tasas de suicidio son menores en los condenados a periodos cortos y aumentan con el aumento de la duración de la condena por un periodo mayor a 5 años, obteniendo los presos condenados a cadena perpetua el mayor riesgo. Humber et al.²⁹ muestran en su estudio que las altas tasas de suicidio en los presos en situación preventiva se deben a la desintoxicación repentina y forzada de sustancias, el sentimiento de separación familiar, la pérdida del trabajo y un pensamiento de futuro desconocido. Otros estudios apuestan por la explicación de los efectos que tiene el shock del encarcelamiento.^{18, 27}

Las etapas iniciales del encarcelamiento son un periodo de riesgo particularmente alto. Los estudios muestran que los presos que intentan suicidarse son los que han pasado menos tiempo en prisión³⁵, generalmente menos de 1 año.^{18, 23, 24, 38} El estudio de Larney et al.³¹ muestra que uno de cada diez suicidios completos en prisión ocurren dentro de las primeras 24h de prisión, y un tercio dentro de la primera semana. Los efectos agudos de la desintoxicación de alcohol u otras drogas, producen reducción de la inhibición y aumento de la impulsividad, que puede derivar en tendencias suicidas en esta primera fase. Fravil et al.³⁷ también recogen en sus resultados que existe un aumento de 2 a 3 veces en la probabilidad de experimentar ideas suicidas recientes en individuos encarcelados 1 año o menos. Los estresores y las privaciones propios del encarcelamiento son más pronunciados en la primera fase, que normalmente coincide con el periodo previo al juicio.

Otro de los factores criminológicos relevante es el tipo de delito cometido. La mayoría de los artículos coinciden con que el hecho de cometer un delito violento es un factor de riesgo para la posterior conducta suicida.³¹ Los delitos penales relacionados con homicidio^{23-25, 27}, violación^{24, 27} o agresión sexual^{27, 38} son los más prevalentes para aumentar el riesgo. Posiblemente esté relacionado con la correlación existente entre haber cometido un delito violento y estar en situación preventiva, con cargos adicionales por delito violento y con condenas de 10-20 años, ya que todos estos factores aumentan el estrés del encarcelamiento.³⁸ En el estudio llevado a cabo por Duthé et al.²⁷ se notifica el dato novedoso de que los presos con mayor riesgo de suicidio, habían cometido un delito penal violento contra otra persona, aumentando el

riesgo en caso de que el sujeto fuese un familiar. En el caso de los centros penitenciarios españoles, la prevalencia se sitúa además en torno a delitos relacionados con el ámbito socioeconómico o contra el patrimonio o la propiedad.^{18, 32}

Existe controversia sobre si es mayor el riesgo aumentado en los reclusos que encarcelan por primera vez o en aquellos con un historial de encarcelamientos. Parece que las personas que son encarceladas por primera vez se ven obligadas a adaptarse a un nuevo entorno estresante, aumentando considerablemente la angustia psicológica y experimentando un choque de encarcelamiento mayor.^{23, 37} Sin embargo, otros estudios afirman que tener antecedentes penales con múltiples arrestos también es un factor de riesgo importante.^{17, 24, 30, 32}

Finalmente, cabe destacar el estudio realizado por Castelpietra et al.²⁵ con el hallazgo innovador de que los presos que se encontraban bajo un programa de protección de testigos obtuvieron el doble de tasas de suicidio en comparación con los reclusos comunes.

Factores propios del entorno carcelario

En la literatura observamos una serie de vulnerabilidades añadidas derivadas del contexto carcelario, que tienen también mucha influencia en el riesgo de conducta suicida. Podríamos clasificar estas vulnerabilidades en dos áreas. La primera relacionada con las características propias del ambiente y del espacio físico en prisión. La segunda relacionada con el clima carcelario y su afectación a la calidad de vida de los reclusos. Ambos aspectos son imprescindibles para el aumento de probabilidad del acto suicida.

a) Factores ambientales en prisión

Se estudian diversos factores de riesgo importantes relacionados con este ámbito. Por ejemplo, la imposibilidad de realizar algún tipo de actividad intencional en el centro. La inactividad forzada o la falta de trabajo en prisión aumentan el riesgo de suicidio entre los reclusos.^{23, 24, 32, 37} También lo aumentan las condiciones que hacen que el personal sea escaso en un momento dado, como puede ser los fines de semana o las noches.^{18, 32} Otro fenómeno a destacar de las investigaciones es el efecto de agrupación. Consiste en la exposición al comportamiento suicida o autolesiones de otros reclusos, que parece aumentar en los demás hasta el doble la probabilidad de experimentar una ideación suicida, como si actuase un posible efecto de contagio.^{33, 37}

Los dos aspectos que se tienen en cuenta con mayor frecuencia en los estudios sobre los factores ambientales en prisión son el aislamiento social y el aislamiento físico. En cuanto al aislamiento social, los autores Favril et al.³⁷, Castelpietra et al.²⁵, Humber et al.²⁹, Saavedra et al.¹⁷ y Duthé et al.²⁷ coinciden en que las prisiones de alta seguridad con regímenes cerrados, reportan falta severa de apoyo social debido a los altos niveles de privación y aislamiento que no permiten visitas. Si los reclusos viven su encarcelamiento sin tener nada de contacto con familiares o amigos, sufren una sensación de abandono y de pérdida de las referencias afectivas que mantiene su identidad.³⁴ Esta sensación de falta de apoyo social se ve aumentada si existe una mala relación entre el recluso y el personal penitenciario.^{24, 37} En segundo lugar, diversos artículos estudian el aumento del riesgo suicida derivado del aislamiento físico en prisión. Larney et al.³¹, Caravaca Sánchez et al.³², Duthé et al.²⁷ y Humber et al.²⁹ coinciden en que la causa más frecuente es la acomodación de los reclusos en celdas individuales. Sin embargo, Favril et al.³⁷ aclaran que la acomodación unicelular no aumenta la ideación suicida, sino que es un factor de riesgo para que la ideación evolucione a conducta suicida. Facilita el comportamiento, como el acceso a medios letales con los que realizar el acto. Otro estudio llevado a cabo por Eck et al.²⁴ añade al aumento del riesgo suicida la ocupación de celdas disciplinarias. El riesgo de morir en una celda disciplinaria es 15 veces mayor que en una normal porque la disciplinaria representa el nivel más extremo de privación física.

De este factor predictor deriva la controversia en los estudios que tratan el tema del hacinamiento en las prisiones. Varios de los estudios tiene clara la relación entre la alta densidad poblacional en las prisiones y el aumento de la conducta suicida.^{24, 34, 37, 32} Aseguran que el hacinamiento dificulta el reconocimiento de los perfiles de riesgo porque causa escasez de recursos dedicados a la salud mental^{34, 38} y, además, aumenta las conductas agresivas y reduce la intimidad de los reclusos aumentando la probabilidad de suicidio en las prisiones sobrepobladas.⁴⁴ Sin embargo, estudios como el desarrollado por Castelpietra et al.²⁵ plantean que el hacinamiento pueda tener un efecto mixto. Por un lado, el bajo hacinamiento podría actuar como factor protector de la conducta suicida ya que reduce necesariamente la acomodación en celdas individuales y reduciría la sensación de aislamiento social al tener un compañero de celda. Pero por otro lado, un alto hacinamiento puede concluir en demora de los procedimientos legales, falta de bienes y servicios o aumento de los conflictos entre reclusos.

b) Factores relacionados con la calidad de vida en prisión

Para empezar, los reclusos conviven diariamente con un sentimiento de dependencia sobre los demás y de no tener control sobre las decisiones de su día a día. Esto afecta considerablemente al clima carcelario y al sentido personal de autonomía, favoreciendo los pensamientos suicidas.³⁷ También es importante tener en cuenta si los reclusos tienen bajos niveles de seguridad percibida en su entorno. El hecho de no sentir esa seguridad aumenta la probabilidad de informar de ideas suicidas. Los bajos niveles de seguridad pueden ser consecuencia de la victimización violenta, el acoso y las intimidaciones entre los reclusos.³⁷ Son numerosos los estudios que observan como las amenazas violentas, el acoso y la intimidación verbal por medio de los insultos, afectan a la probabilidad de una posterior conducta suicida.^{24, 32} Encrenaz et al.⁴⁵ realizan un estudio dedicado a observar la violencia de preso a preso y concluyen que ser víctima de violencia sexual o física mantenida, aumenta los sentimientos de humillación y dolor que lleva a los reclusos al suicidio.

El mal estado de salud percibido es también un factor influyente.⁴⁵ En el estudio de Humber et al.²⁹ se analiza la probabilidad de intento suicida de los reclusos que habían hecho utilización de los servicios demanda-respuesta del establecimiento penitenciario. Los casos de suicidio eran mucho más propensos a haber tenido incidencias documentadas por una agencia externa con respecto a problemas de salud mental, que fueron anotadas en su recepción. También consideran población de riesgo a aquellos reclusos que habían sido remitidos al psiquiatra y que habían sido atendidos en las cárceles como población de riesgo suicida en un pasado. Justifican su afirmación denotando que el cierre de un paciente en riesgo no debe limitar o finalizar la vigilancia de ese recluso.

3.1.3 Factores más representativos de la conducta suicida

Tras el análisis de la información de los 26 artículos seleccionados en la revisión, concretamos cuatro características predictoras del riesgo de suicidio en la población reclusa que se mencionan con alta frecuencia. A continuación, se recoge el número de artículos que mencionan cada una de las características predictoras de riesgo.

Factor predictor	Nº de artículos que lo mencionan
Patología relacionada con la salud mental	22 artículos
Historial de autolesiones y/o intentos suicidas previos	15 artículos
Maltrato infantil	13 artículos
Ideación suicida	10 artículos

Tabla 7. Factores más frecuentemente analizados en los estudios. *Elaboración propia.*

Teniendo en cuenta el número tan alto de estudios, recogidos en la Tabla 7, que analizan los factores de riesgo nombrados, podríamos decir que se tratan de los factores de riesgo más prevalentes en la población reclusas y quizás los predictores más representativos de la conducta suicida.

El factor que se asocia con mayor frecuencia a la conducta suicida es sin duda alguna la existencia de algún problema de salud mental. Las investigaciones acerca del suicidio en general, muestran que los trastornos mentales pasados o actuales son un fuerte factor de riesgo independiente y potencialmente precipitante para la ideación y el intento suicida.^{27, 30, 32, 34-36, 39, 40} El riesgo de suicidio es hasta 15 veces mayor en personas con trastornos mentales.²³ Los estudios afirman que los prisioneros tienen tasas más altas de trastornos mentales en comparación con la población en general, lo que de entrada les convierte en sujetos más susceptibles de pensamientos y conducta suicida.^{17, 24, 26, 30, 40, 43} Se estima que la prevalencia de trastornos mentales en mujeres encarceladas corresponde entorno al 75% y en reclusos varones entorno al 63%.²⁸ Además, los trastornos mentales en prisión suelen estar asociados con el abuso de sustancias^{17, 29, 38}, convirtiéndose frecuentemente en una patología dual que aumenta aún más el riesgo de suicidio debido a un considerable incremento de la impulsividad del sujeto.^{31, 35}

En segundo lugar, encontraríamos el historial de autolesiones e intentos de suicidio previos como factores de riesgo importantes para el suicidio posterior. La carga de autolesiones previas en los reclusos es sustancial, afecta al 5-6% de los reclusos y 20-24% reclusas cada año.³³ Un historial de intento de suicidios y autolesiones es un factor de riesgo importante y un factor predictor independiente de la conducta suicida.^{25, 27, 29} Las tasas de autolesiones e intentos de suicidio también son mucho más altas en la población carcelaria en comparación con la población general.³³ Aunque las conductas de autolesión e intentos de suicidio previos sean por sí mismos factores relevantes en la detección suicida, es importante saber que en individuos con problemas de salud mental el riesgo es aún mayor. El historial de intentos previos o autolesiones se asocia con una

probabilidad mayor de ideación suicida.^{23, 37} Por lo que si además existen síntomas de trastornos psicopatológicos, la impulsividad de estos individuos aumenta pudiendo hacer evolucionar la ideación a conducta y muerte suicida.³⁴ Por ello, tener antecedentes de intentos múltiples puede ser indicativo de psicopatología severa.³⁹ Así lo confirmaría el estudio realizado por Eck et al.²⁴ al ordenar los factores de riesgo según la fuerza de asociación con la probabilidad de suicidio, situando entre los tres primeros puestos la historia psiquiátrica o los problemas de salud mental y el historial de intentos de suicidio.

Muy relacionadas con los factores de mayor prevalencia ya comentados, se sitúan las experiencias de maltrato infantil. Navarro-Atienzar et al.¹⁹, Larney et al.³¹, Eck et al.²⁴, Tripodi et al.⁴², Vadini et al.⁴³, Marzano et al.³⁵ y Caravaca Sánchez et al.³² han mostrado que el maltrato infantil tiene una incidencia significativa en la población carcelaria, asumiendo así un importante factor de riesgo específico en esta población. Sufrir maltrato infantil de manera continua puede desarrollar consecuencias negativas como desarrollo de enfermedades mentales y la alta probabilidad de cometer delitos penales. Por ello la población carcelaria se considera un grupo de riesgo, ya que el grupo más característico de reclusos ha sufrido algún tipo de abuso. Los estudios muestran que dentro de los reclusos con riesgo de suicidio, un 40-50% había experimentado un maltrato infantil grave en su infancia. En las cárceles españolas se detectó que un 4% de los reclusos que había intentado suicidarse presentaban antecedentes de abuso infantil.¹⁹

Las experiencias de abuso infantil están asociadas con el aumento de ideación suicida y el aumento de la probabilidad de mayor número de intentos suicidas.^{28, 36, 39} También están muy relacionadas con la existencia de alguna enfermedad mental. Los presos con antecedentes de abuso infantil tienen mayor proporción de enfermedades mentales que los presos sin antecedentes.²⁸ Por ello, se observa con frecuencia un perfil psicológico en prisión caracterizado por personas que han tenido una alta frecuencia a la exposición de experiencias infantiles traumáticas, con problemas de salud mental y abuso de sustancias. Estas tres características son significativamente más comunes entre reclusos que en población general.¹⁹

Por último, los problemas de salud mental, los intentos de suicidio y autolesiones y las experiencias de trauma infantil se asocian fuertemente con el aumento de la ideación suicida.^{23, 36, 39} De ahí la importancia de la ideación suicida para identificar a

los individuos de mayor riesgo.^{31, 45} Más de la mitad de los participantes que informaron de ideas suicidas, informaron de un intento suicida y casi todos los que informan de intento, informan de idea suicida previa. La ideación suicida de por vida es mucho más prevalente en la población carcelaria³³, siendo 4,2 veces mayor que la ideación suicida hallada en la población general.²³ El 34-44% de los reclusos informan por sí mismos de un historial de ideas suicidas de por vida.³⁷ Esta alta prevalencia es motivo de preocupación, ya que se estima que la probabilidad de suicidio es 15 veces mayor entre presos con ideación suicida.³⁷

Que estos cuatro factores de riesgo se consideren los mejores predictores de la conducta suicida tiene mucho que ver con su relación con la capacidad adquirida para el suicidio. La capacidad adquirida para el suicidio es resultado de la exposición repetida a experiencias que impliquen dolor físico y/o provocación psicológica, como por ejemplo una experiencia de maltrato infantil.⁴¹ Casi el triple de prisioneros que habían intentado suicidarse habían experimentado 7 o más eventos vitales adversos que aquellos que no lo habían intentado.³⁶ La capacidad se ve aún más desarrollada cuanto más se aproxime la experiencia al suicidio. Por eso, la historia de intentos de suicidio o las autolesiones no suicidas previas se consideran los predictores más fuertes de la conducta suicida.⁴¹ Si la ideación suicida se ve aumentada en los reclusos por todo lo comentado anteriormente, solo basta que dispongan de una capacidad adquirida para el suicidio alta para que la ideación termine en muerte por suicidio.

A pesar de la existencia de unos factores de riesgo que parecen ser más predictores que otros, se debe tener en cuenta que el resultado de la conducta suicida en prisión no es debido a una sola causa.^{35, 36} Se debe a una acumulación e interacción entre factores propios del individuo y factores propios de la situación en prisión, mostradas en la Figura 4. La literatura actual sugiere que el suicidio en prisión probablemente sea resultado de una interacción entre vulnerabilidades individuales importadas de los prisioneros y vulnerabilidades ambientales añadidas por el entorno de privación.¹⁹ Se apoyan en un modelo, utilizado en la psiquiatría, llamado *diátesis-estrés del suicidio*.^{19, 35} Define una interacción dinámica entre la predisposición del individuo para responder con el acto suicida ante situaciones de estrés debido a su vulnerabilidad psiquiátrica y las experiencias estresantes de la situación en prisión.¹⁹

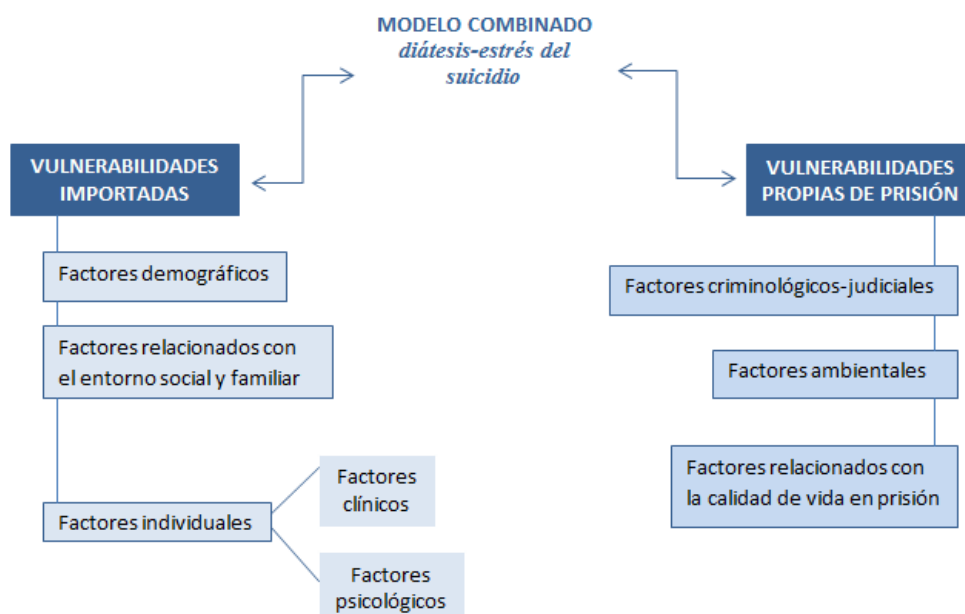


Figura 4. Esquema del modelo combinado diátesis-estrés del suicidio en prisión. *Elaboración propia.*

3.2 Programas de prevención del suicidio en los establecimientos penitenciarios españoles

A continuación se describen los programas actuales vigentes en las cárceles españolas para la detección de los reclusos con perfiles de riesgo y la prevención de la conducta suicida, con el fin de llegar a describir las funciones atribuidas al personal de enfermería.

3.2.1 Programa de atención integral a enfermos mentales (PAIEM)

Como se ha comentado, los problemas de salud mental son mucho más frecuentes en la población reclusa que en la población general. Ante tales necesidades psiquiátricas concretas de esta población, nace el PAIEM. El primer programa se crea en el 2009, pero tras un Informe de Evaluación del PAIEM, surge un nuevo programa renovado en el 2013.²² Su objetivo es la detección temprana de los problemas de salud mental, la rehabilitación y la adecuada derivación de los reclusos a recursos asistenciales en la comunidad, con el fin de favorecer su reinserción social.²² El equipo del personal penitenciario encargado de llevar a cabo el funcionamiento de este programa debe ser multidisciplinar, compuesto por personal sanitario, psicólogos, educadores y trabajadores sociales.²² Dentro del personal sanitario se especifica que los médicos, el psiquiatra del centro y el personal de enfermería adquieren funciones dentro del

programa, siendo los responsables de intervenir desde el momento de la detección del sujeto hasta su salida del centro. También se especifica que la detección de los enfermos con problemas de salud mental se debe realizar en el ingreso o durante su estancia, siendo cualquier profesional del centro óptimo para detectar el posible diagnóstico.²²

Si presentar un diagnóstico psicopatológico es uno de los predictores más potentes para detectar el perfil de riesgo suicida, es importante analizar el funcionamiento de este programa. Los profesionales de enfermería deberían tener unas funciones definidas en el PAIEM, ayudando a realizar la detección del diagnóstico y el manejo inicial del tratamiento de estas personas juntos con los médicos responsables. Detectar un problema de salud mental grave a tiempo en un recluso para comenzar el tratamiento adecuado que lo estabilice puede prevenir sin duda una futura conducta suicida a tiempo. Sin embargo, sus funciones únicamente quedan delegadas a lo siguiente: “el ingreso en la enfermería es determinado exclusivamente por el médico que atiende a los internos, con el fin de evaluar entre todo el equipo un posible cambio de nivel en el PAIEM”.²² Según el estudio realizado por Padrino Ojeda S.²² sobre el desarrollo del PAIEM y el papel de la enfermería en la salud mental de los reclusos, existe escasa información y poco desarrollo en cuanto a los cuidados enfermeros en los problemas mentales de los reclusos. Afirma que a pesar de que los reclusos incluidos en este programa pasan la mayoría del tiempo en la enfermería y mantienen un contacto directo, no se definen las funciones concretas que el personal enfermero realiza con estos enfermos. Podría deducirse que, una vez más, las tareas quedan delegadas al tratamiento marcado por los médicos responsables directos del equipo sanitario, sin realizar una labor autónoma de detección de las necesidades y los problemas principales que se puedan derivar de las psicopatologías correspondientes de estos enfermos.

3.2.2 Programa marco de prevención de suicidios (PPS)

Teniendo en cuenta la gran repercusión de la conducta suicida en las personas ingresadas en prisión, los centros penitenciarios españoles han desarrollado el Programa de Prevención de Suicidio con el fin de realizar una detección e intervención temprana en reclusos con perfiles de riesgo. El cumplimiento de este programa se fundamenta en el deber de todos los trabajadores de establecimientos penitenciarios recogido en el artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, definido de la siguiente manera “velar por la vida, integridad y la salud de los internos”.¹³

En el programa se definen ciertas situaciones consideradas especiales de riesgo como: periodos con menos presencia de personal, situaciones de aislamiento, enfermedad mental, abuso de sustancias incluyendo particularmente las altas tasas de abuso de alcohol, la tipología delictiva, momentos de descenso de actividad o antecedentes de intentos o conductas autolesivas.¹⁴ En el *Anexo III*, se muestran también las variables de riesgo evaluadas en los reclusos en el PPS. La organización del programa se divide en cuatro niveles de responsabilidad y participación¹⁴, a pesar de reiterar en numerosas ocasiones que se hace necesaria la implicación de todos los profesionales del establecimiento para que el programa tenga una respuesta ágil:

- **El Director:** Encargado de la inclusión y las bajas de los reclusos en el programa.
- **Tres Subdirectores** (Médico, de Tratamiento y de Seguridad): Responsables de las decisiones de organización y ejecución de las intervenciones y el seguimiento del programa.
- **Médico y Psicólogo:** Encargados de la evaluación directa del interno y de las intervenciones en los reclusos. Determinarán las propuestas de alta y baja del programa.
- **La totalidad del colectivo:** Profesionales con posiciones más próximas a los internos y elementos clave para la detección de posibles casos y para el apoyo en las diferentes intervenciones.

El funcionamiento del programa seguiría el siguiente procedimiento. Cualquier trabajador de la institución que detecte una posible conducta o característica de riesgo, lo pondrá inmediatamente en conocimiento del Médico y Psicólogo, encargados de realizar la evaluación directa al recluso y de deliberar de manera conjunta la propuesta de inclusión o no inclusión en el programa. Esta propuesta se derivará a los tres Subdirectores encargados que, a su vez, presentarán la propuesta junto con las medidas que consideren oportunas y el tiempo de duración al Director del establecimiento.¹⁴

Una vez se haya incluido al recluso en el PPS, se realizará una labor de seguimiento. La duración mínima en el programa es de 2 semanas y se extenderá lo que se considere necesario, evitando una baja prematura del programa que pueda volver a poner al individuo en riesgo. Cuando se decide una baja del programa, se establecen

revisiones periódicas de los recursos para evaluar la evolución del mismo. Si se evidencia por parte de cualquier miembro del equipo alguna circunstancia que pueda volver a incrementar la situación de riesgo, se informa inmediatamente al médico o psicólogo encargados de evaluar nuevamente al paciente y valorar una nueva inclusión en el programa.¹⁴

Otra figura a destacar en el programa es el interno de apoyo. Todos los establecimientos contarán con un grupo de internos, cumplidores de una serie de características, que de manera voluntaria desempeñen la tarea de acompañamiento y observación de posibles riesgos en sus compañeros reclusos que se encuentren en el PPS o que acaben de recibir el alta del programa. Sus tareas van desde compartir celda o acompañamiento en las actividades no colectivas, hasta observación preventiva en momentos y espacios especialmente sensibles.¹⁴ Se les proporciona conocimientos acerca de la detección de características de riesgo, técnicas de escucha activa, comunicación interpersonal, conocimientos básicos sobre depresión y primeros auxilios en caso de situación extrema.

En el documento oficial del Programa Marco de Prevención de Suicidios del 2014, se establece que todo el personal penitenciario debe participar en el reconocimiento del recluso a través de la observación, escucha activa, diálogo e intervención inmediata para paliar el riesgo, comunicando de manera directa e inmediata la posible situación de riesgo al resto del personal penitenciario y a los profesionales encargados de la evaluación directa del interno.¹⁴ Sin embargo, tampoco se nombra en ningún apartado del documento oficial al personal de enfermería, ni se definen sus posibles funciones en el programa. Se puede intuir que dentro del colectivo de funcionarios del centro penitenciario, se incluye al personal de enfermería cuando se habla de una obligada vigilancia y detección de posibles características de riesgo y una inmediata comunicación al resto por parte de todo el equipo penitenciario. Pero se sigue sin mencionar explícitamente a la profesión enfermera en la participación de la detección y prevención de la conducta suicida en prisiones.

4. CONCLUSIONES

La conducta suicida en prisión es una de las causas de muerte bajo custodia más comunes en todo el mundo, obteniendo tasas considerablemente más altas que en la población general.³⁵ Las altas tasas suicidas en prisión se deben al hecho de que los reclusos representan una población vulnerable para el riesgo suicida antes del encarcelamiento y a la presencia de ciertos estresores que aumentan en el riesgo durante su estancia en prisión.³⁷ El suicidio es un importante problema de salud pública y la reducción del número de suicidios en las prisiones se ha convertido en una prioridad internacional.³⁵ En España, las tasas de suicidio en las prisiones son también significativamente mayores que en la población general.¹⁷

La bibliografía consultada en las diferentes bases de datos nos ha permitido identificar los factores más estudiados como predictores del riesgo de la conducta suicida en prisión. Entre estos factores, cabe destacar la combinación de las vulnerabilidades importadas por el sujeto (factores demográficos, factores del entorno social y familiar y factores individuales clínicos y psicológicos del recluso) y las vulnerabilidades añadidas tras el encarcelamiento (factores judiciales y criminológicos, factores ambientales y de la calidad de vida en prisión). La conducta suicida parece ser resultado de la combinación entre todos los factores resultantes del modelo de importación y del modelo de privación. A pesar de tratarse de un modelo combinado, la literatura también muestra los factores más prevalentes en la conducta suicida entre los reclusos. Posiblemente sean los predictores individuales más fuertemente asociados a los actos suicidas en prisión y estarían relacionados con problemas de salud mental, autolesiones e intentos suicidas previos, trauma infantil e ideación suicida.

Desarrollar un enfoque integral sobre estos factores de riesgo suicida es primordial para la labor de detección temprana y prevención de la conducta suicida por parte del personal penitenciario. El manejo de los datos aportados en la revisión es clave para la labor de enfermería en prisión y para su participación en los programas vigentes descritos que intentan paliar el acto suicida. Con el conocimiento de los perfiles con más probabilidad de riesgo se podrán desarrollar actividades enfermeras y planes de cuidados que permitan detectar y prevenir el suicidio desde un enfoque multidisciplinar.

4.1 Implicaciones y recomendaciones para la práctica enfermera

Con la presente revisión narrativa, queda justificada la necesidad de inclusión de la enfermería en la detección y prevención de la conducta suicida. El programa actual en las prisiones españolas encargado del tratamiento y vigilancia de la conducta suicida es el Plan de Prevención de Suicidios 2014. Como se ha examinado, no se dedica ni un solo epígrafe en el documento en el que se nombre al personal de enfermería. Sin embargo, se precisa de la participación de todo el personal penitenciario para su desarrollo en cuanto a labores de detección y vigilancia del riesgo y prevención.

El personal de enfermería permanece en contacto directo y continuado con los reclusos del centro²² ya que, por labores meramente curativas o de medicación, la mayoría de los reclusos transitan por el departamento de enfermería. Aprovechando el contacto directo con las personas internas y teniendo un conocimiento de primera mano de sus necesidades y dificultades, el personal de enfermería penitenciaria debería reivindicar un abandono de un modelo únicamente curativo para desarrollar sus competencias en los demás ámbitos que le corresponden. Concretando en el Programa de Prevención de Suicidios de las cárceles españolas, tras los datos aportados en este trabajo propongo una línea de inclusión del personal de enfermería, de las muchas líneas de inclusión posibles dentro del programa, con el fin de fomentar el cuidado multidisciplinar de la conducta suicida y la autonomía necesaria para nuestra profesión en el ámbito carcelario.

En el documento del PPS¹⁴, se dedica un apartado a la explicación del funcionamiento del recurso a los “internos de apoyo”. La Junta de Tratamiento del establecimiento será la encargada de seleccionar a los internos que cumplen con una serie de características establecidas para convertirse en internos de apoyo que ofrezcan vigilancia y acompañamiento a otros internos de riesgo. Sin embargo, la formación previa que debieran recibir estos internos queda delegada a “profesionales adecuados y colaboración de expertos de ONGs”.¹⁴ Los conocimientos que debe adquirir el interno se basan en detección de factores de riesgo, técnicas de escucha activa y comunicación interpersonal, conocimientos básicos sobre la depresión y técnicas de primeros auxilios.¹⁴ Tras la lectura y el conocimiento de los factores predictores necesarios aportados en la revisión, el resto de habilidades a enseñar a los internos son plenamente enfermeras. Propongo la inclusión de los profesionales de enfermería en intervenciones dirigidas a la educación de los futuros internos de apoyo, fomentando nuestro ámbito de

docencia en técnicas de prevención y promoción, y participando de forma directa en el programa encargado de la resolución de las conductas suicidas en prisión. Todo profesional de enfermería tiene las competencias necesarias para ofrecer un nivel básico de formación en escucha activa, comunicación, aspectos básicos de la depresión y escalas de evaluación básicas y primeros auxilios en situaciones de urgencia. De esta manera, además de realizar una detección y prevención del riesgo de forma individual, se está fomentando la promoción de técnicas preventivas a un mayor número de personas, disminuyendo aún más los posibles actos suicidas.

4.2 Limitaciones

En primer lugar, puede que haya habido publicaciones de interés que no han sido revisadas por encontrarse en un idioma diferente a los seleccionados en los criterios de inclusión: español, inglés o francés.

Cabe destacar de igual manera la limitación temporal. De haber dispuesto de más tiempo, tal vez se podrían haber seleccionado los artículos resultantes de la búsqueda tras una lectura más crítica, con la ayuda de alguna herramienta que determinase la calidad metodológica de cada uno de ellos, por ejemplo, *guidelines* para revisores. De esta manera se podrían haber modificado los criterios de inclusión y exclusión, seleccionando los artículos según su rigor metodológico (nivel alto, medio o bajo). Además, se podrían haber establecido entrevistas con profesionales de enfermería funcionarios de los establecimientos penitenciarios, para conocer más a fondo las funciones que desempeñan y conocer realmente si existe o no algún tipo de participación real en los programas de prevención analizados.

Por otro lado, la imposibilidad de obtener estudios previos con objetivos similares o dirigidos a la labor enfermera frente a la conducta suicida en prisión ha supuesto una limitación importante. No se han podido recabar documentos previos que especificasen la función de los profesionales de enfermería en el tema de interés debido a su inexistencia, lo que ha dificultado conocer el trabajo real y el papel que desempeña la enfermería en el ámbito de estudio.

4.3 Futuras líneas de investigación

Las funciones del personal de enfermería quedan establecidas por un Real Decreto vigente desde hace más de cuarenta años, por lo que se puede decir que estas funciones se encuentran totalmente anticuadas y limitadas. Existe una escasez de estudios

dedicados al papel de la enfermería en el ámbito penitenciario, por lo que existe muy poca información y un nulo reconocimiento de este grupo de profesionales. Se proponen nuevas líneas de investigación acerca de las funciones de este colectivo olvidado. En primer lugar, promover el estudio tanto de las funciones reales actuales, como de las propuestas que se deban empezar a seguir con el fin de introducir pequeñas modificaciones en los modelos vigentes basados únicamente en el tratamiento curativo de la enfermedad. Se necesitan estudios que incentiven el desarrollo de la autonomía funcional de la enfermería penitenciaria y la profundización en los cuidados holísticos que los profesionales están capacitados para dar. Además, no existen investigaciones previas que aborden la conducta suicida en prisión desde un enfoque enfermero. Con esta revisión narrativa se pretende impulsar el análisis de uno de los problemas más prevalentes en las prisiones desde una perspectiva multidisciplinar, incluyendo la aportación enfermera. Resultaría enriquecedor continuar con esta temática de investigación, con propuestas tanto para la detección y prevención temprana del suicidio en prisión para los profesionales de enfermería, como para el diseño de posibles estrategias de intervención en las que la enfermería se encuentre presente o incluso que pueda desarrollar de manera autónoma.

En conclusión, se debería promover la investigación en la enfermería penitenciaria con publicaciones especializadas en las necesidades propias de esta población, impulsando el inicio de planes de cuidados enfermeros basados en la evidencia más adecuada, actual y específica del ámbito penitenciario y sus condiciones tan características.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor, Florentino Blanco Trejo, por hacer de este proceso una experiencia enriquecedora, con una intención sincera y un interés real por el tema trabajado. Por las facilidades durante la elaboración del trabajo y la entrega de su tiempo siempre que lo he necesitado. Por la confianza depositada desde el comienzo, en momentos en los que ni yo veía la capacidad para realizar el trabajo que teníamos entre manos. Por recordarme los diversos caminos que tiene la experiencia universitaria y por transmitirme, una vez más, la orientación necesaria que pusiese el broche final a esta etapa de mi vida. Por esa perspectiva distinta que vuelve el aprendizaje tremendamente especial.

A Gabriel Ledo Suárez por el tiempo y el conocimiento aportado. Por enseñarme el funcionamiento de las prisiones de nuestro país de la forma más directa y cercana. Sin su experiencia en primera línea, hubiese sido mucho más complicado encontrar el propósito final del trabajo elaborado.

A Sara Padrino Ojea por la realización y aportación de su estudio sobre el PAIEM. Gracias al conocimiento de este estudio, se removió en mí el deseo y la necesidad de dedicar mi proyecto final al ámbito de la enfermería penitenciaria.

Finalmente, a mi familia y amigos por transmitirme la fuerza y confianza necesaria en cada momento vivido en mis cuatro años de carrera.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet] 2016 [Consultado 12 Mar 2020]; 15(1):90-100. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm11116.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. [Internet] Washington, DC: OPS, 2014. [Consultado 12 Mar 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=CA373FBC42D9826D073F58FA67E8B8E1?sequence=1
3. Oto Vinués M, Gutiérrez Urrestarazu MD, Pérez de San Román Echavarría B, Goñi Sarriés A, Satrustegui Azpiroz C, Vega Osés A, et al. Protocolo de colaboración interinstitucional: Prevención y actuación ante conductas suicidas. [Internet] Navarra: Gobierno de Navarra; Julio 2014. [Consultado 12 Mar 2020]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>
4. Ine.es. Instituto Nacional de Estadística: defunciones según la causa de muerte 2018. [Internet] España; Dic 2009 [Actualizado el 14 Feb 2017; Consultado el 12 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/>
5. Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Observatorio del suicidio en España 2017. [Internet] Madrid; 2017 [Consultado 13 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2017/>
6. Sáez Martín M. El rol de enfermería en las instituciones penitenciarias: una revisión bibliográfica. [Trabajo Fin de Grado] Castellón: Universidad Jaume I; 2018.
7. Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (GESESP). Realidad laboral y profesional de la enfermería en las prisiones españolas. [Internet] Barcelona: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria; 2008 [Consultado 13 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.sesp.es/imagenes/O94/portada/librorealpri.pdf>
8. Constitución Española (Boletín Oficial del Estado, nº 311, 29 Dic de 1978). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
9. Martín Sánchez V. Sanidad Penitenciaria tras la Ley Orgánica General Penitenciaria: Presente y futuro treinta y cinco años después. Revista Española de Sanidad Penitenciaria [Internet] 2014; Suplemento-Vol. 16. [Consultado 13 Mar 2020]. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina40314.pdf>

10. Institucionpenitenciaria.es. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. [Internet]. Gobierno de España: Ministerio del Interior; 2015. [Consultado 13 Mar 2020]. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos>
11. Martínez Delgado MM. Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. [Internet] 2014 [Consultado 14 Mar 2020]; 16(1). Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/349/795>
12. Garcés Pina E, Duato Durán A, Vicente Edo MJ, Guadarrama Sanz V. Los cuidados de enfermería psiquiátrica en los centros penitenciarios. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. [Internet] 2006 [Consultado 14 Mar 2020]; 8(3). Disponible en: <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/117/274>
13. Barrios Flores LF. El suicidio en Instituciones Penitenciarias: I. Responsabilidad institucional. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. [Internet] 2001 [Consultado 14 Mar 2020]; 3(3). Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/218/484>
14. SGIIPP, Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria. Instrucción 05/2014 sobre el Programa de Prevención de Suicidios. [Internet] Primera edición ed. Madrid: Ministerio del Interior; 2014 [Consultado 1 Mar 2020]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/Instruccixn_I-5-2014.pdf
15. nnnconsult.com. NNNConsult. [Internet]. Barcelona: Elsevier. [Actualizado 2014, Consultado 13 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/nanda>
16. Díaz de Flores L, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Revista Aquichan. [Internet] 2002 [Consultado 13 Abr 2020]; 2(2): 19-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v2n1/v2n1a04.pdf>
17. Saavedra J, López M. Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. Revista de psiquiatría y salud mental. [Internet] Jul 2013 [Consultado 6 Feb 2020]; 8(4): 224-231. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-linkresolver-riesgo-suicidio-hombres-internos-con-S1888989113000839>
18. Bedoya A, Martínez-Carpio PA, Humet V, Leal MJ, Lleopart N. Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. [Internet] 2009 [Consultado 2 Feb 2020]; 11(2):37-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v11n2/02_original_1.pdf
19. Navarro-Atienzar F, Zabala-Baños C, Ricarte-Trives JJ. Childhood Trauma as a risk factor for suicidal behaviour in prisons. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. [Internet] Ene 2019 [Consultado el 1 Feb 2020]; 21(1): 42-51. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v21n1/1575-0620-sanipe-21-01-42.pdf>

20. Knoll JL. Suicide in Correctional Settings: Assessment, Prevention, and Professional Liability. *Journal of Correctional Health Care*. [Internet] Jul 2010 [Consultado 1 Feb 2020]; 16(3):188-204. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078345810366457>
21. Guirao Goris SJA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Revista de enfermería (ene)*. [Internet] 2015 [Consultado 28 Ene 2020]; 9(2). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/495/guirao>
22. Padrino Ojea S. Análisis de la génesis histórica y desarrollo del PAIEM: El papel de la enfermería en el Proyecto de Atención Integral a Enfermos Mentales en los Centros Penitenciarios. [Trabajo Fin de Grado] Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2016.
23. Jaramillo Gutiérrez MR, Silva Vallejo C, Rojas Arango BP, Medina-Pérez ÓA. Ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. [Internet] Abr 2015 [Consultado 1 Feb 2020]; 44(2):100-105. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015000074?via%3Dihub>
24. Eck M, Scoufflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. Suicide in prison: Epidemiology and prevention. *La Presse Médicale*. [Internet] Ene 2019 [Consultado 2 Feb 2020]; 48(1 Pt 1):46-54. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S075549821830455X?via%3Dihub>
25. Castelpietra J, Egidi L, Caneva M, Gambino S, Feresin T, Mariotto A, et al. Suicide and suicides attempts in Italian prison epidemiological findings from “Triveneto” area, 2010-2016. *International Journal of Law and Psychiatry*. [Internet] Dic 2018 [Consultado 5 Feb 2020]; 61: 6-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160252718301006?via%3Dihub>
26. Gooding P, Tarrier N, Dunn G, Shaw J, Awenat Y, Ulph F, et al. Effect of hopelessness on the links between psychiatric symptoms and suicidality in a vulnerable population at risk of suicide. *Psychiatry Research*. [Internet] Dic 2015 [Consultado 5 Feb 2020]; 230(2):464-471. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178115303978?via%3Dihub>
27. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Shon JL. Suicide among male prisoners in France: a prospective population-based study. *Forensic Science International*. [Internet] Dic 2013 [Consultado 6 Feb 2020]; 233(1-3): 273-277. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379073813004313?via%3Dihub>
28. Caravaca Sánchez F, Ignatyev Y, Mundt AP. Associations between childhood abuse, mental health problems, and suicide risk among male prison populations in Spain. *Criminal Behaviour and Mental Health*. [Internet] Feb 2019 [Consultado 6 Feb 2020]; 29(1): 18-30. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cbm.2099>
29. Humber N, Webb R, Piper M, Appleby L, Shaw J. A national case-control study of risk factors for suicide among prisoners in England and Wales. *Soc Psychiatry Psychiatr*

- Epidemiol. [Internet] Jul 2013 [Consultado 6 Feb 2020]; 48(7):1177-1185. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-012-0632-4>
30. Opitz-Welke A, Bennefeldt-Kersten K, Konrad N, Welke J. Prison suicide in female detainees in Germany 2000-2013. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. [Internet] Nov 2016 [Consultado 5 Feb 2020]; 44:68-71. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1752928X1630110X?via%3Dihub>
31. Larney S, Topp L, Indig D, O'Driscoll C, Greenberg D. A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. *BMC public health*. [Internet] Ene 2012 [Consultado 2 Feb 2020]; 12(14): 1-6. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-14>
32. Caravaca Sánchez F, Fearn N, Vaughn MG. Risk Factors Associated With Near-Lethal Suicide Attempts During Incarceration Among Men in the Spanish Prison System. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. [Internet] Ene 2017 [Consultado 5 Feb 2020]; 62(6): 1452-1473. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0306624X16689833>
33. Hawton K, Linsell L, Adeniji T, Sariaslan A, Fazel S. Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *The Lancet*. [Internet] Mar 2014 [Consultado 1 Feb 2020]; 383(9923): 1147-1154. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613621182?via%3Dihub>
34. Bania M, Travagin G, Monticelli M, Valsecchi M, Truisi E, Zorzi F, et al. Pattern of self-injurious behavior and suicide attempts in Italian custodial inmates: A cluster analysis approach. *International Journal of Law and Psychiatry*. [Internet] May 2019 [Consultado 2 Feb 2020]; 64:1-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160252718302310?via%3Dihub>
35. Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Smith EN, Piper M, Fazel S. Prevention of Suicidal Behavior in Prisons. *Crisis*. [Internet] Sep 2016 [Consultado 2 Feb 2020]; 37(5):323-334. Disponible en: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000394>
36. Rivlin A, Hawton K, Marzano L, Fazel S. Psychosocial Characteristics and Social Networks of Suicidal Prisoners: Towards a Model of Suicidal Behaviour in Detention. *PLOS ONE*. [Internet] Jul 2013 [Consultado 2 Feb 2020]; 8(7): 1- 10. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0068944>
37. Favril L, Vander Laenen F, Vandeviver C, Audenaert K. Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*. [Internet] 2017 [Consultado 2 Feb 2020]; 55:19-28. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252717300274?via%3Dihub>
38. Rabe K. Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*. [Internet] Jun 2012 [Consultado 6 Feb 2020]; 35(3):222-230. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252712000271?via%3Dihub>

39. Roy A, Carli V, Sarchiapone M, Branchey M. Comparisons of prisoners who make or do not make suicide attempts and further who make one or multiple attempts. *Archives of Suicide Research*. [Internet] Feb 2014 [Consultado 5 Feb 2020]; 18(1):28-38. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13811118.2013.801816>
40. Gooding P, Tarrier N, Dunn G, Shaw J, Awenat Y, Ulph F, et al. The moderating effects of coping and self-esteem on the relationship between defeat, entrapment and suicidality in a sample of prisoners at high risk of suicide. *European Psychiatry*. [Internet] Nov 2015 [Consultado 5 Feb 2020]; 30(8): 988-994. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4682192/>
41. Smith PN, Selwyn C, D'Amato D, Granato S, Kuhlman S, Mandracchiab JT. Life experiences and the acquired capability for suicide in incarcerated. *Death Studies*. [Internet] 2016 [Consultado 6 Feb 2020]; 40(7): 432-439. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=5821d324-6d0b-487b-aedd-b06f0526d831%40sdc-v-sessmgr01>
42. Tripodi SJ, Onifade E, Pettus-Davis C. Nonfatal suicidal behaviour among women prisoners: the predictive roles of childhood victimization, childhood neglect and childhood positive support. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. [Internet] 2014 [Consultado 2 Feb 2020]; 58(4): 394-411. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0306624X12472879>
43. Vadini F, Calella G, Pieri A, Ricci E, Fulcheri M, Verrocchio MC, et al. Neurocognitive impairment and suicide risk among prison inmates. *Journal of Affective Disorders*. [Internet] Ene 2018 [Consultado 2 Feb 2020]; 225:273-277. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032717304883?via%3Dihub>
44. García-Guerrero J, Marco A. Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. [Internet] Feb 2012 [Consultado 2 Feb 2020]; 14(3):106-113. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v14n3/06_revision2.pdf
45. Encrenaz G, Miras A, Contrand B, Galera C, Pujos S, Michel G, et al. Inmate-to-inmate violence as a marker of suicide attempt risk during imprisonment. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. [Internet] Feb 2014 [Consultado 6 Feb 2020]; 22: 20-25. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1752928X13003120?via%3Dihub>

ANEXOS

ANEXO I. Estrategias de búsqueda y resultados obtenidos.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros	Artículos encontrados	Artículos seleccionados por título	Artículos seleccionados por resumen	Artículos seleccionados por lectura completa
PUBMED	<i>“Suicide” AND “prisoners” AND “risk factors”</i>	Fecha publicación: 5 years Especie: Humans	43	28	19	11
PUBMED	<i>“Suicide” AND “prisoners” AND “risk factors” AND “Europe”</i>	Fecha publicación: 10 years Especie: Humans	32	30	26	10
PUBMED	<i>“Suicide” AND “prisoners” AND “risk factors” AND “Spain”</i>	Fecha publicación: 10 years Especie: Humans	4	4	3	3
Scielo	<i>“Suicide” AND “prisoners” AND “risk factors”</i>	–	2	0	0	0
Revista Española de Sanidad Penitenciaria	<i>“Suicide” AND “risk factors”</i>	–	13	9	5	2
CINAHL	<i>“Suicide” AND “prisoners” AND “risk factors”</i>	Fecha publicación: 2010-2020. Filtro: Excluir registros MEDLINE.	17	10	6	1
CUIDEN	<i>“Suicide” AND (“prisoners OR inmates”) AND “risk factors”</i>	–	0	0	0	0
Cochrane Plus	<i>“Suicide” AND “prisoners” AND “risk factors”</i>	–	3	1	1	0
TOTAL			114			27

Anexo II. Artículos seleccionados para la revisión.

Autores (Lugar y año)	Título	Metodología	Objetivos	Resultados
Navarro-Atienzar F, Zabala-Baños C, Ricarte-Trives JJ. (España, 2019)	“Childhood trauma as a risk factor for suicidal behaviour in prisons.”	Revisión bibliográfica.	Resaltar la existencia de una relación entre el trauma infantil (abuso y/o negligencia) y la existencia de comportamientos suicidas para hombres y mujeres en prisión, analizando el impacto del trauma en el comportamiento suicida.	El trauma infantil debe considerarse un factor predictivo de la conducta suicida, que se agrava con el estrés del encarcelamiento y los factores de riesgo asociados a permanecer en prisión.
Hawton K, Linsell L, Adeniji T, Sariaslan A, Fazel S. (Inglaterra y Gales, 2014)	“Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide.”	Estudio analítico: casos y controles. (2006-2009)	Determinar la prevalencia de autolesiones en la población penitenciaria de Inglaterra y Gales, los factores de riesgo asociados, los efectos de agrupamiento y el riesgo de suicidio posterior a la autolesión.	La carga de autolesiones en los reclusos es considerable. El riesgo de suicidio posterior en prisioneros que se autolesionaron es sustancialmente mayor que en la población carcelaria general.
Jaramillo Gutiérrez MR, Silva Vallejo C, Rojas Arango BP, Medina-Pérez OA. (Colombia, 2015)	“Suicidal ideation and associated factors in inmates of a prison of Antioquia, Colombia.”	Entrevista sobre diversos aspectos y cuestionario para ideación suicida a 154 reclusos.	Identificar los factores sociodemográficos, familiares, personales y de reclusión asociados a la conducta suicida.	Se identificaron variables sociodemográficas, del contexto sociocultural y familiar, y variables de reclusión. Se evidenció que el factor de riesgo más importante fue el intento de suicidio previo .
Larney S, Topp L, Indig D, O’Driscoll C, Greenberg D. (Australia, 2012)	“A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia.”	Encuesta telefónica a 996 reclusos.	Estudiar la prevalencia de ideación e intento suicida entre los reclusos, los factores de riesgo asociados a la ideación y los factores de riesgo asociados al intento.	Existe una fuerte asociación entre la ideación suicida y el posterior intento de suicidio . El trauma infantil parece ser particularmente relevante para el riesgo de intento de suicidio entre los reclusos.
Favril L, Vander Laenen F, Vandeviver C, Audenaert K. (Bélgica, 2017)	“Suicidal ideation while incarcerated: prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium.”	Encuesta a 1414 prisioneros varones.	Especificar la prevalencia de ideación e intentos suicidas, investigar las variables de importación y privación que influyen en la conducta suicida y formular recomendaciones de prevención.	Se respalda un modelo combinado con variables de importación y de privación que afectan a la ideación y comportamiento suicida.

Autores (Lugar y año)	Título	Metodología	Objetivos	Resultados
Eck M, Scouflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, Thomas P, Vaiva G, Fovet T. (Francia, 2019)	“Suicide in prison: epidemiology and prevention.”	Revisión bibliográfica.	Actualización sobre la epidemiología del suicidio en poblaciones carcelarias, analizando los principales factores de riesgo y de protección y describiendo los sistemas de prevención actualmente válidos.	Los factores de riesgo más fuertemente asociados con el suicidio son: el aislamiento físico en detención, historial de trastornos psiquiátricos e historial de intentos de suicidio.
Tripodi SJ, Onifade E, Pettus-Davis C. (EEUU, 2013)	“Nonfatal suicidal behavior among women prisoners: the predictive roles of childhood victimization, childhood neglect, and childhood positive support.”	Entrevistas a 125 mujeres de dos cárceles de Carolina del Norte.	Evaluar la relación entre la victimización infantil y los intentos de suicidio en mujeres presas, investigar las diferencias predictoras entre victimización física, sexual o negligencia. Determinar si la frecuencia de la victimización influye en la tendencia suicida.	La victimización de la infancia , la negligencia y la falta de apoyo están asociados significativamente con el comportamiento suicida. Las mujeres con frecuencia más alta de victimización y negligencia, tienen más probabilidad de intento suicida.
Bania M, Travaginb G, Monticellic M, Valsecchid M, Truisid E, Zorzia F, et al. (Italia, 2019)	“Pattern of self-injurious behaviour and suicide attempts in Italian custodial inmates: a cluster analysis approach.”	Entrevistas clínicas a 1422 reclusos varones de un centro penitenciario del norte de Italia.	Evaluar la prevalencia de intentos suicidas en prisión. Si los factores de riesgo, angustia psicológica e impulsividad, crean un perfil de riesgo en los reclusos. Evaluar el poder predictivo de los perfiles propuestos.	Se establecen cuatro perfiles: desregulado (alta impulsividad y angustia), impulsivo (alta impulsividad y angustia media), levemente angustiado (impulsividad media y angustia moderada) y bien equilibrado (baja impulsividad y angustia). Los cuatro grupos ayudan a discriminar a los sujetos con mayor riesgo de conductas suicidas.
Vadini F, Calella G, Pieri A, Ricci E, Fulcheri M, Verrocchio MC, et al. (Italia, 2018)	“Neurocognitive impairment and suicide risk among prison inmates.”	Entrevistas a 254 detenidos en dos cárceles del centro de Italia.	Evaluar si las variables demográficas, relacionadas con la condena y el comportamiento neurológico, podrían estar asociadas con el riesgo de intentos de suicidio.	El deterioro en la función cognitiva global fue el predictor más fuerte del alto riesgo de suicidio.
Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Naomi Smith E, Piper M, Fazel S. (Reino Unido, 2016)	“Prevention of suicidal behavior in prisons.”	Revisión sistemática.	Sintetizar los resultados de investigaciones acerca de factores de riesgo y factores protectores de intentos de suicidio casi letales en las cárceles.	El intento de suicidio se debe a una acumulación e interacción de factores proximales y distales , incluyendo factores individuales, del estado y de influencias ambientales.

Autores (Lugar y año)	Título	Metodología	Objetivos	Resultados
Rivlin A, Hawton K, Marzano L, Fazel S. <i>(Reino Unido, 2013)</i>	“Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners.”	Estudio analítico: casos y controles. (2007-2009)	Investigar cómo los factores psicológicos y ambientales difieren entre los reclusos con algún intento de suicidio y los que no.	Se apoya el modelo de comportamiento suicida entre reclusos que incorpora factores de riesgo importados y factores de riesgo ambientales .
García-Guerrero J, Marco A. <i>(España, 2012)</i>	“Sobreocupación en los centros penitenciarios y su impacto en la salud.”	Revisión bibliográfica.	Analizar las consecuencias de la sobreocupación o hacinamiento en el ámbito penitenciario.	El suicidio se ha relacionado con la sobreocupación , ya que el hacinamiento implica mayores tasas y en las prisiones más sobrepobladas hay más número de suicidios.
Bedoya A, Martínez-Carpio PA, Humet V, Leal MJ, Lleopart N. <i>(España, 2009)</i>	“Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado.”	Análisis de datos del Registro de Mortalidad del Área de Sanidad Penitenciaria.	Analizar la incidencia de suicidio en las prisiones catalanas y recoger datos sobre algunos factores investigados.	El impacto del ingreso , durante los primeros días o semanas, es un factor de riesgo importante para la conducta suicida, además de ciertas características psíquicas y sociales del recluso.
Castel Pietra G, Egidi L, Caneva M, Gambino S, Feresin T, Mariotto A, et al. <i>(Italia, 2018)</i>	“Suicide and suicides attempts in Italian prison epidemiological findings from the “Triveneto” area, 2010–2016.”	Base de datos del Departamento Penitenciario Nacional del Ministerio de Justicia de Italia.	Evaluar las tasas de suicidios e intentos de suicidio, en relación con la edad, sexo, lugar de nacimiento, niveles de seguridad, hacinamiento, tipo de delito e intento de autolesión/suicidio previo.	La mayoría de presos suicidas eran extranjeros , habían cometido crímenes violentos , estaban en prisiones superpobladas y se encontraban bajo programas de protección de testigos .

Autores (Lugar y año)	Título	Metodología	Objetivos	Resultados
Caravaca Sánchez F, Fearn N, Vaughn MG. (España, 2017)	“Risk factors associated with near-lethal suicide attempts during incarceration among men in the Spanish prison system.”	Cuestionario a 2270 reclusos de siete prisiones españolas.	Investigar, por primera vez en España, la prevalencia y las correlaciones de los intentos de suicidio casi letales de los reclusos varones durante el encarcelamiento.	Existe asociación entre los intentos de suicidio casi letales de los reclusos y una serie de factores sociodemográficos , relacionados con el delito, problemas de salud mental y acontecimientos de la vida en prisión.
Opitz-Welke A, Bennefeldt-Kersten K, Konrad N, Welke J. (Alemania, 2016)	“Prison suicide in female detainees in Germany, 2000-2013.”	Cuestionarios específicos sobre suicidios en prisión.	Analizar las características de las mujeres reclusas que murieron por suicidio entre el año 2000-2013, y compararlas con las de los varones reclusos que murieron por suicidio en el mismo período.	Las diferencias entre los géneros con respecto a los factores de riesgo suicida son pocas. Se observan porcentajes más altos de abstinencia de drogas e ideación suicida previa en las mujeres reclusas.
Gooding P, Tarrier N, Dunn G, Shaw J, Awenat Y, Ulph F, Pratt D. (Inglaterra, 2015)	“The moderating effects of coping and self-esteem on the relationship between defeat, entrapment and suicidality in a sample of prisoners at high risk of suicide.”	Cuestionario a 65 reclusos varones con alto riesgo de suicidio.	Examinar la manera en la que la percepción de la autoestima y la capacidad de afrontamiento, interactúan con la derrota y el atrapamiento para amplificar o amortiguar los pensamientos y sentimientos suicidas.	Los bajos niveles de habilidades de afrontamiento junto con los altos niveles de atrapamiento , fueron un factor de riesgo alto para el suicidio, ya que aumentan el sentimiento de desesperanza.
Gooding P, Tarrier N, Dunn G, Shaw J, Awenat Y, Ulph F, Pratt D. (Inglaterra, 2015)	“Effect of hopelessness on the links between psychiatric symptoms and suicidality in a vulnerable population at risk of suicide.”	Cuestionario a 65 reclusos varones con alto riesgo de suicidio.	Determinar la manera en la que las percepciones psicológicas de desesperanza, derrota y atrapamiento amplifican los síntomas psiquiátricos para elevar la probabilidad de suicidio en las poblaciones de prisioneros	Los trastornos psiquiátricos aumentan el riesgo de tendencia suicida. El sentimiento de desesperanza amplifica los efectos de la enfermedad psiquiátrica sobre las tendencias suicidas en los reclusos.
Roy A, Carli V, Sarchiapone M, Branchey M. (Italia, 2014)	“Comparisons of Prisoners Who Make or Do Not Make Suicide Attempts and Further Who Make One or Multiple Attempts.”	Entrevistas psiquiátricas a 1.537 prisioneros sentenciados en el distrito penitenciario de Abruzzo-Molise, centro de Italia.	Comparar a los prisioneros que han intentado suicidarse con los que no lo intentaron y comparar los reclusos con intentos de suicidio únicos versus múltiples.	Los reclusos con múltiples intentos tienen más: traumas infantiles, son más introvertidos, menos resistentes, tienen historial de autolesiones y experimentan más ideas suicidas. Realizar intentos múltiples es un marcador de psicopatología severa.

Autores (Lugar y fecha)	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Resultados
Encrenaz G, Miras A, Contrand B, Galera C, Pujos S, Michel G, Lagarde E. (Francia, 2013)	“Inmate-to-inmate violence as a marker of suicide attempt risk during imprisonment.”	Entrevista a 369 reclusos varones de la prisión de Gradignan, Francia.	Estimar la incidencia de intentos de suicidio durante el encarcelamiento y determinar factores asociados a ello.	La violencia de preso a preso es un importante factor de riesgo en el proceso suicida en prisión.
Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JL. (Francia, 2013)	“Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study.”	Datos recopilados de la administración penal francesa. (Estudio observacional)	Examinar los factores de riesgo de suicidio entre toda la población carcelaria francesa durante un período, para evaluar la asociación relativa entre el riesgo de suicidio y las características de su encarcelamiento.	Este estudio ha resaltado el impacto del tipo de delito . Existe un mayor riesgo de suicidio asociado con el encarcelamiento por un delito penal contra una persona.
Saavedra J, López M. (España, 2013)	“Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios.”	Entrevista clínica a 472 hombres reclusos de dos cárceles andaluzas.	Explorar el riesgo de suicidio de los reclusos y estudiar factores sociodemográficos, penales y psicopatológicos asociados a este riesgo.	Las variables psicopatológicas son las más potentes para detectar el riesgo suicida en el medio penitenciario.
Caravaca Sánchez F, Ignatyev Y, Mundt A. (España, 2018)	“Asociaciones entre el abuso infantil, los problemas de salud mental y el riesgo de suicidio entre las poblaciones penitenciarias en España.”	Cuestionarios a 943 hombres de tres cárceles en España.	Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia de diferentes tipos de trauma infantil (emocional, físico y sexual) entre los hombres encarcelados en España y evaluar las asociaciones con depresión, ansiedad y estrés, síntomas asociados a los intentos de suicidio letales durante el encarcelamiento.	Descubrimos que las historias de exposición al abuso infantil estaban fuertemente asociadas con la depresión, la ansiedad, los síntomas de TEPT y los intentos de suicidio casi letales entre los presos. El abuso físico y emocional se informan con más frecuencia que la exposición al abuso sexual.
Humber N, Webb R, Piper M, Appleby L, Shaw Jenny. (Inglaterra y Gales, 2012)	“A national case-control study of risk factors among prisoners in England and Wales.”	Estudio analítico: casos y controles. (2005-2008)	Examinar los factores de riesgo de suicidio entre los reclusos en una población nacional.	Los antecedentes de violencia y varios indicadores de enfermedad psiquiátrica pasada o actual, fueron fuertes predictores de la conducta suicida. Además, fueron predictores: contacto previo con servicios psiquiátricos, historial de autolesiones, células individuales y etnia no blanca.

Autores (lugar y fecha)	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Resultados
Rabe K. (<i>Europa, 2012</i>)	“Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe.”	Datos de las Estadísticas Penales Anuales del Consejo de Europa.	Estudiar la mortalidad en prisión y el impacto de los factores de riesgo macroestructurales en los suicidios.	Los reclusos condenados por delito sexual , que hayan cometido crímenes violentos y los presos condenados a prisión a corto o a largo plazo , tienen un riesgo elevado de suicidio.
Smith PN, Selwyn C, D’Amato D, Granato S, Kuhlman S, Mandracchiab JT. (<i>EEUU, 2016</i>)	“Life experiences and the acquired capacity for suicide in incarcerated men.”	Cuestionarios de autoinforme a 399 reclusos varones encarcelados en el Departamento de Correcciones de Mississippi.	Examinar las asociaciones de 10 dominios de experiencias de vida que contienen elementos dolorosos y provocativos, con la capacidad adquirida para el suicidio en los reclusos.	Cualquier experiencia que contenga elementos de dolor y provocación puede facilitar el desarrollo de la capacidad adquirida para el suicidio . Adquieren especial relevancia: la agresión, búsqueda de emociones, pensamientos/comportamientos suicidas previos y lesiones accidentales.

ANEXO III. Variables de riesgo suicida en prisión incluidas en el PPS, junto con la puntuación ponderada de cada una de las variables.

VARIABLES GENERALES	VARIABLES INSTITUCIONALES	VARIABLES CLÍNICAS	CON INTENTO DE SUICIDIO PREVIO
Sexo	Clasificación penitenciaria	Incidentes estresantes recientes	Método
Hombre	2 Internamiento judicial	4 Pérdida gran prestigio social	6 Ahorcamiento
Mujer	1 1º grado	3 Pérdida personas significativas	5 Ingesta
Edad	Sin clasificar	2 Pérdida propiedades	4 Autolaceración
< 21 años	5 Otros	1 Pérdida trabajo	3 Otros
21-30 años	4 Tiempo continuado prisión	Pérdida órgano-miembro principal	2 Hora
> 50 años	3 2-4 años	5 Pérdida órgano-miembro no princ.	1 14 – 22 horas
31-40 años	2 3-12 meses	4 Impacto primeros días prisión	22 - 08 horas
41-50 años	1 1-3 meses	3 Extremadamente alto	4 08 -14 horas
Nacionalidad	1-30 días	2 Alto	3 Desencadenante – Precipitante
Español	2 > 4 años	1 Bajo	2 Problemas regiminales
Extranjero	1 Aislamiento regimental	No se aprecia	1 Problemas familiares
Estado civil	Aislamiento celda	3 Historia personal de intentos suicidas	Trastornos de personalidad
Separado-Viudo	4 75.1 RP	2 Suicidio frustrado	5 Lugar
Soltero	3 Otros	1 Parasuicidios	4 Celda
Convivencia	2 VARIABLES DE INTERACCIÓN	Internamiento psiquiátrico	3 Otros
Casado	1 Participación destinos / ocupación (1/0)	Tratamiento específico	2 Frustrado por
VV. CRIMINOLÓGICAS	Historia de infracciones (1/0)	Ideación suicida	1 Terceros
Antecedentes	Permisos / Salidas (1/0)	Historia familiar de intentos suicidas	2 Fallo técnico
Internamiento judicial	3 Conducta grupal	Consumados /frustrados	3 El mismo
Penado	2 Solitario + rechazado	4 Internamiento psiquiátrico	2 Intervención profesional previa
Preventivo	1 Colonizador + rechazado	3 Tratamiento específico	1 Sí
Carrera delictiva	Solitario	2 Falta de salud (Muy grave/ Grave) (2/1)	No
En aumento	4 Colonizador	1 Minusvalía (Muy grave/ Grave) (2/1)	
En su línea	3 Colaborador	0 Deform física (Muy grave/ Grave) (2/1)	
En disminución	2 Apoyos exteriores	Diagnósticos	
Confiesa cifra negra	1 De familia adquirida (4/0)	Trastorno depresivo mayor, esquizofrenia	6
Tipo delictivo actual	De familia de origen (3/0)	Alcoholismo – drogodependencias	5
C/ las personas	5 De amigos... (2/0)	Trastornos adaptativos – TAP – SHDA	4
C/ la libertad sexual	4 De Asociaciones, ONGs,... (1/0)	Estados de ánimo extremo	3
C/ salud pública	3 Relaciones conflictivas	Amenazas, advertencias ...	2
C/ propiedad	2 Con internos (4/0)	Fobias significativas ...	1
Otros	1 Con familia adquirida (3/0)		
	Con familia de origen (2/0)		
	Con funcionarios (1/0)		